Psicoterapia infantil con juego

Casos clínicos

Fayne Esquivel y Ancona

Manual Moderno®

PSICOTERAPIA INFANTIL CON JUEGO
CASOS CLÍNICOS

EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor.
En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:

Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.

CeMPro
Centro Mexicano de Protección y Fomento
a los Derechos de Autor
Sociedad de Gestión Colectiva

PSICOTERAPIA INFANTIL CON JUEGO
CASOS CLÍNICOS

Mtra. Fayne Esquivel Ancona

Maestra en Psicología Clínica Egresada de la Facultad de Psicología,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
Directora del Instituto de Juego y Psicoterapia A.C.

Editor responsable
Lic. SantiagoViveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno

Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.

(52-55)52-65-11-62

(52-55)52-65-11-00

info@manualmoderno.com

Para mayor información en:
- Catálogo de producto
- Novedades
- Pruebas psicológicas y más

www.manualmoderno.com

Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos
D.R. © 2010 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
ISBN: 978-607-448-055-9
ISBN: 978-607-448-157-0 Versión Electrónica

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de
esta publicación puede ser reproducida, almacenada
o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico,
fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito
de la Editorial.

Manual Moderno®
es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Esquivel Ancona, Fayne
Psicoterapia infantil con juego : casos clínicos / Fayne Esquivel Ancona. –- México : Editorial El Manual Moderno, 2010.
xvi, 248 p. : il. ; 23 cm.
ISBN 978-607-448-055-9

1. Psicoterapia infantil. 2. Terapia de juego. I.t.

618.928914-scdd20 Biblioteca Nacional de México

Director editorial:
Dr. Marco Antonio Tovar Sosa

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LDG Jonnathan Valero Reynoso

CONTENIDO

Acerca de la autora y colaboradores ..... **VII**

Agradecimientos ..... **IX**

Dedicatoria ..... **XI**

Prólogo ..... **XIII**

CAPÍTULO 1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL **1**

CAPÍTULO 2. DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL **29**

CAPÍTULO 3. EL JUEGO Y LA PSICOTERAPIA INFANTIL **61**

CASO 1. TERAPIA DE JUEGO PARA EL AUTOCONTROL DE EMOCIONES CON UN NIÑO CON CAPACIDAD INTELECTUAL POR DEBAJO DEL PROMEDIO **77**

"El rincón del enojo"

Laura Gabriela Gamboa Ojeda

CASO 2. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE JUEGO, ASPERGER Y FUNCIONALIZACIÓN COGNITIVA **91**

"...tú no has visto nada..."

Felipe Cruz Pérez

CASO 3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN 111

"Soy más que un déficit de atención"
Susana Lara Casillas

CASO 4. TRASTORNO DE ANSIEDAD 131

"Yo no soy gris, amarillo o blanco…"
Beatriz Adriana Sánchez García

CASO 5. TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL MANEJO DE LA TARTAMUDEZ Y LA ANSIEDAD 151

"El camino tenebroso"
Paulina Campos Romero

CASO 6. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO 167

"Crescón: el miedo a crecer"
Verónica Ruiz González

CASO 7. DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES 185

"Ojitas para unir dos reinos"
Yolanda Santiago Huerta

CASO 8. INSTITUCIONALIZACIÓN POR MALTRATO Y ABUSO 209

"Latoserías, travesuradas y enojismo"
María Cristina Pérez Agüero

CASO 9. PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA 221

"EUA *vs* China"
María Becerril Pérez

GLOSARIO 239

ACERCA DE LA AUTORA Y COLABORADORES

FAYNE ESQUIVEL ANCONA
fayne_esquivel@yahoo.com.mx

Maestra en Psicología Clínica egresada de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente cursa el Doctorado en Psicología en la UNAM en el Programa de Excelencia de CONACYT con la línea de investigación denominada: Juego y Desarrollo Socioafectivo.

Fundadora y Directora del Instituto de Juego y Psicoterapia A.C., coautora de los libros *Integración de Estudios Psicológicos* y *Psicodiagnóstico clínico del niño* este último editado por Editorial El Manual Moderno del que se han realizado tres ediciones desde su aparición en 1994.

LAURA GABRIELA GAMBOA OJEDA
laura_go22@hotmail.com

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Diplomado en Psicoterapia de Juego impartido en el Instituto de Juego y Psicoterapia, A.C.

FELIPE CRUZ PÉREZ
felcruz@servidor.unam.mx

Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM y Doctor en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Estatal de Moscú.

SUSANA LARA CASILLAS
susanalaracasillas@yahoo.com.mx

Maestra en Psicología por la UNAM, con especialidad en Psicoterapia Infantil.

BEATRIZ ADRIANA SÁNCHEZ GARCÍA
tacirffa@hotmail.com

Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM.

PAULINA CAMPOS ROMERO
pauis121@hotmail.com

Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán. Cursó el diplomado en Técnicas psicométricas actualizadas en el Centro de Estudios Superiores del Sureste, el diplomado en Psicoterapia de Juego en el Instituto de Juego y Psicoterapia, A.C. (INJUPI).

VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ
verokemp@yahoo.com

Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM. Su formación de Posgrado fue en la Residencia en Psicoterapia Infantil del Programa de Maestría en Psicología de la misma Facultad.

YOLANDA SANTIAGO HUERTA
yhuerta@yahoo.com

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra con Especialidad en Psicoterapia Infantil por parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la misma universidad. Tiene un diplomado en "Diagnóstico y Tratamiento con orientación clínica de problemas emocionales en el niño".

MARÍA CRISTINA PÉREZ AGÜERO
macpa2008@hotmail.com

Maestra en Psicología con especialidad en Psicoterapia Infantil, por la Universidad Nacional Autónoma de México; obtuvo la Medalla Alfonso Caso, como el graduado más distinguido de la Maestría en Psicología en dicha Universidad en el año 2004.

MARÍA BECERRIL PÉREZ
psicmbp@yahoo.com.mx

Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

AGRADECIMIENTOS

Sirvan estas líneas para expresar mi agradecimiento a los profesionales que colaboraron en esta obra, todos ellos jóvenes psicoterapeutas que se han formado en la disciplina del estudio, la práctica y la supervisión en la atención de los problemas emocionales que aquejan a los niños (as), a sus padres, y/o personas y ámbitos en los que se desenvuelven.

Gracias Laura, Felipe, Susana, Betty, Paulina, Verónica, Yolanda, Cristina y Mary. Les agradezco su calidad humana, su esfuerzo y dedicación, que ya han brindado frutos en las personas que atienden a diario y servirá en la atención de muchos otros (as) niños (as) que requieren de atención especializada. De igual manera quiero expresar mi agradecimiento a las (los) niñas (os) y padres que confiaron en nosotros y nos permitieron transmitir su experiencia.

También vaya mi más profundo agradecimiento a la Facultad de Psicología de la UNAM, institución en la que he laborado desde hace 30 años y que ha sido el pilar de nuestra formación como terapeutas, docentes e investigadores.

Gracias a las compañeras maestras, en especial a la Mtra. María Asunción Valenzuela Cota que colaboró con el prólogo de la obra y a las autoridades de la Facultad, a la Dra. Lucy Reidl Martínez, al Dr. Javier Nieto Gutiérrez y a la Dra. Patricia Andrade Palos.

El escribir es trabajo que involucra un equipo, por lo que también doy las gracias a mis alumnas del cubículo: Maritza Vasconcelos Vargas, Vianey Méndez Vergara, Sol Jimena Plata Loera, Mara Rodríguez Villagómez, Montserrat Arroyo Sánchez y Ximena Rodríguez Navarro quienes contribuyeron en la revisión del manuscrito, la búsqueda de bibliografía, y sobre todo por su compromiso y apoyo que a diario brindan en los avances de la investigación sobre el tema. Un reconocimiento especial merece el apoyo brindado por la Licenciada Raquel Corrales Esparza futura psicoterapeuta infantil.

Agradezco a la Editorial El Manual Moderno que tanto ha apoyado el desarrollo de la psicología en México y me conminó a escribir esta obra. Gracias Ing. Hugo Setzer, Dr. Marco Antonio Tovar, Lic. Santiago Viveros y Lic. Tania Uriza.

Mtra. Fayne Esquivel Ancona

DEDICATORIA

A Chavo,
mi pareja de toda la vida
y mi compañero en empresas y aventuras

A Pablo e Isabel,
por haberme enseñado en vivo
y en directo lo que es el desarrollo

PRÓLOGO

La invitación para realizar este prólogo, así como haber tomado la decisión de aceptar, despertó en mí diversas emociones; puedo reconocer algunas de alegría, agradecimiento e interés, pero también otras relacionadas con el compromiso y responsabilidad de asumir algo que considero una distinción, y por tal razón, de aprecio.

El significado de la palabra prólogo remite, según el diccionario, a la idea de **un discurso antepuesto al cuerpo de la obra de un libro, para dar noticia al lector, del fin de la misma obra; sirve como exhorto, principio y apertura**. De tal suerte, cuando acepto este compromiso, me propongo extender una invitación al lector para abrir las puertas a un espacio de reflexión, experiencia y análisis conceptual sobre el trabajo psicoterapéutico infantil, espacio que busca ser compartido por quienes escriben, porque se cuenta con la certeza de su importancia teórica y aplicada; ya que este libro es, sin duda, el resultado de toda una trayectoria de integración docente y profesional de muchos años, realizada por la Mtra. Fayne Esquivel y su grupo de colaboradores.

Me atrevo a afirmar que la lectura irá acompañada de mucho interés y atención, en ocasiones con preguntas y otras tantas con respuestas, pero siempre al encuentro de alternativas y con apertura a nuevos aprendizajes; elementos importantes no sólo por la relevancia que la psicoterapia infantil ocupa como tema de conocimiento y campo de trabajo, sino por el compromiso ético y personal de quien comparte su quehacer en el complejo campo de la psicoterapia y, además, porque a través del material teórico y el de aplicación clínica, se manifiesta la búsqueda constante de nuevos modelos y paradigmas que den sustento y referencia al trabajo psicoterapéutico en general y con niños en particular.

Quienes han hecho de la psicoterapia -en su enseñanza o aplicación: individual, familiar o grupal, en diversos ámbitos o con diferentes grupos de edad- una parte significativa de su actividad profesional, no pueden sino compartir, las premisas que sustentan la concepción de este libro y que son inherentes a toda forma de psicoterapia: que el ejercicio psicoterapéutico con niños, precisa de un fuerte andamiaje teórico y metodológico para comprender la psicodinamia y psicopatología infantil, del cual se deriven procedimientos: técnicas, estrategias y herramientas idóneas para lograr nuevas formas de solución a los principales problemas psicológicos que afectan a los niños(as), y promover mejores condiciones para su desarrollo y bienestar.

La propuesta del libro *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos,* conjuga dos vertientes necesarias para el trabajo con niños: la fundamentación teórica y la clínica aplicada.

Vertiente teórica: incorpora en tres capítulos, una muy sólida y actualizada información sobre la evolución de la psicoterapia infantil. Está a cargo de la Mtra. Fayne Esquivel, autora de este proyecto, persona con gran experiencia en el estudio, evaluación y atención de la psicopatología infantil, quien ofrece la visión psicológica sobre el desarrollo y los principales problemas de salud mental infantil, así como una amplia concepción sobre el juego en las diferentes etapas del desarrollo y como recurso técnico en los diferentes enfoques terapéuticos.

1. El primer capítulo es un recorrido histórico, que establece como parte importante del saber de todo terapeuta infantil, el conocimiento sobre diferentes formas de psicoterapia, desde sus inicios con M. Klein y A. Freud, hasta sus desarrollos más actuales como la Terapia Filial, la Narrativa y los modelos integrativos. En esta reseña se reconoce, sin demérito de enfoque teórico alguno, la integración como una necesidad que subyace a la intervención: en el entendido de que, buscando diferentes niveles de integración (teórica, técnica o ambas), se evitan los obstáculos de una ciega o rígida adhesión a modelos terapéuticos, rigidez que las más de las veces limita las posibilidades creativas del encuentro terapéutico.

2. En el segundo capítulo, desde una visión que da sentido a la concepción psicológica más allá de la psiquiátrica, se aborda el desarrollo emocional y la psicopatología infantil. A diferencia de otros escritos sobre el tema, se abre para todo profesional, tanto del ámbito clínico como de la salud, una perspectiva psicológica ecosistémica integral, al enfocar el estudio del desarrollo dando cabida a factores de riesgo (vulnerabilidad) y a factores protectores (resilientes), a nivel personal, familiar y social; perspectiva presente desde la evaluación clínica y que continúa durante el establecimiento y conducción del proceso de psicoterapia.

Se concede gran importancia al desarrollo de las emociones y su influencia en el comportamiento y el desarrollo social, atendiendo a cinco ejes básicos para su estudio: a) surgimiento, b) reactividad, c) expresión, d) consciencia emocional propia y de los demás, ocupando un lugar central, e) la autorregulación emocional, concepto que ha sido estudiado en varios campos de la psicología (personalidad, motivación y emoción, psicopatología evolutiva, psicología básica, educación, neurobiología) y desde varias aproximaciones teóricas (conductuales, cognoscitivas, sociales, fenomenológicas y atributivas).

En cuanto a autorregulación emocional se distinguen las dos categorías propuestas por Eisenberg y colaboradores en 1997, referidas por una parte, a trastornos internalizados (ansiedad, introversión, depresión y problemas psicosomáticos, provocados por emociones negativas o por deficiencias en la autorregulación adaptativa) y por otra parte, a los trastornos externalizados (hiperactividad, agresión, conducta antisocial, expresiones emocionales hostiles, asociados a un déficit en la comprensión de las propias emociones y en la expresión de las emociones negativas). Esta distinción, si bien es básica para la comprensión, evaluación y tratamiento de buena parte de los casos clínicos analizados, puede explicar y abordar gran parte de los motivos de consulta de la demanda clínica infantil, tanto privada como institucional y comunitaria.

Para finalizar el capítulo, se incluye un formato interesante y flexible para la presentación de casos que cuentan con procesos de tratamiento psicoterapéutico.

3. El juego en tanto aspecto constitutivo del desarrollo socioemocional del niño, como recurso fundamental de la psicoterapia infantil, al igual que su uso y el de los juguetes en diversos enfoques psicoterapéuticos, conforman el siguiente capítulo.

Se plantea aquí al juego como recurso de la psicoterapia infantil, cuyo fundamento es que tiene un lugar dentro del espacio terapéutico que facilita la comunicación, propicia la expresión y salida de

sentimientos, frustraciones y ansiedades, así como brinda la oportunidad de ventilar y manejar las emociones desde una nueva perspectiva.

La experiencia del juego terapéutico puede resultar renovadora, saludable y constructiva al ayudar a que surjan fantasías, en cuyo proceso de análisis y elaboración, se puede liberar el potencial creativo para el aprendizaje vital, el autoconocimiento y la solución de conflictos. El recurso del juego permite crear una atmósfera segura para identificar y expresar vivencias, sentimientos, pensamientos y conducta, así como alentar la elaboración de emociones negativas relacionadas con los principales conflictos. En este apartado se analiza la propuesta de juego de algunas formas de psicoterapia infantil.

Para el enfoque Psicodinámico, el juego permite acceder a la función simbólica al considerar que, dado su carácter transicional, se genera un espacio de creación; el cual, como se sabe desde Winnicott, hace posible el deslizamiento de deseos, defensas, fantasías inconscientes sexuales y agresivas, relaciones de objeto consigo mismo y con otras figuras significativas, actuaciones transferenciales, entre otros. El contenido de la expresión lúdica (aspecto manifiesto) proporciona el material para que el terapeuta interprete el contenido simbólico (latente).

El juego en el enfoque Centrado en el niño es concebido como el medio natural de autoexpresión y como una oportunidad para experimentar crecimiento en condiciones favorables. El terapeuta refleja los sentimientos expresados a través del juego para que el niño profundice en la comprensión de su comportamiento.

El enfoque Gestalt utiliza técnicas vivenciales, materiales menos estructurados, narrativa e imaginería para fomentar la toma de consciencia y el **darse cuenta**, permitiendo que el niño tome contacto con el aquí y ahora. Antepone la espontaneidad al control, la vivencia a la evitación, el sentir a la racionalización.

Para el enfoque Cognitivo-Conductual, observar el juego del niño permite la comprensión de sus pensamientos, sentimientos y su visión del mundo. La relación terapeuta-paciente es de colaboración (enfoque psicoeducativo), se establecen objetivos y agenda para cada sesión mediante la utilización de técnicas tanto conductuales como cognitivas y de resolución de problemas.

El uso del juego en la Terapia Filial involucra al niño y a los padres. Se incluye a éstos como los principales agentes del cambio de sus hijos, con un papel activo en las sesiones de juego modeladas por el terapeuta. Se les asignan tareas que inplican tanto jugar como participar en las sesiones. Se procura el desarrollo de habilidades de crianza orientadas a mejorar la relación padres-hijos y a reducir los comportamientos problemáticos.

El enfoque Narrativo no utiliza juguetes o juegos específicos, más bien trabaja con la imaginación y la creación de cuentos relacionados con los conflictos que presenta el niño. Para la elaboración de las historias se utiliza un lenguaje metafórico con varios niveles de comunicación y abstracción, lo que lleva a imaginar formas alternativas para la búsqueda de posibles respuestas y la configuración de nuevas realidades.

Como parte del enfoque Integrativo también llamado Normativo, se plantea utilizar todas las técnicas de juego que proponen los diferentes enfoques, siempre y cuando hayan demostrado su utilidad, para trabajar en la solución de los problemas que han de ser atendidos.

Vertiente Clínica. De manera personal, quiero expresar que la lectura de los casos clínicos tuvo una significación especial, están expuestos de forma amena pero con cuidado y respeto clínicos, conducidos con maestría en su intervención y apoyados sólidamente en el trabajo profesional y de investigación de la Psicología.

El trabajo fue realizado por ocho jóvenes entusiastas y a la vez consolidadas psicoterapeutas infantiles que, en su intervención, aplicaron preferentemente el Modelo Integrativo o Normativo con gran creatividad y responsabilidad, considerando varias facetas y posibilidades para la optimización

del proceso terapéutico y cuya propuesta de integración, si bien combina la utilización de diferentes técnicas, la elección y aplicación de las mismas responde o se desprende de concepciones teóricas muy sólidas, como el lugar del juego en la psicoterapia infantil, los modelos integrales del desarrollo, los estilos de crianza y la prevención. Participa además, un reconocido neuropsicólogo de la Facultad de Psicología de la UNAM, cuyo trabajo clínico-experimental -a través del Modelo de Análisis de la Actividad de Juego- que conjuga para la evaluación e intervención, en el caso de un niño de cinco años con Síndrome de Asperger, tanto los aspectos afectivo-emotivos como los neurocognoscitivos, no dejó de sorprenderme.

La forma de compartir estos nueve casos, sin duda reflejará al lector una característica fundamental de quien trabaja en la evaluación, tratamiento e investigación bien sea de niños, jóvenes o adultos que viven o cursan con problemas psicológicos de cualquier índole: La indiscutible pasión por la clínica.
Encuentro en el abordaje de los casos, la importancia concedida al lugar de la supervisión clínica y al trabajo en equipo, aspectos que comparto porque constituyen ejes fundamentales para enriquecer la actividad del psicoterapeuta en diferentes momentos de su formación y ejercicio profesional.
El material de casos clínicos siempre es enriquecedor, el hecho de hacer pública una experiencia que generalmente se realiza en forma privada, compromete a revisar objetivos, procedimientos y procesos, a hacer reflexiones teóricas y diversos cuestionamientos, pero sobre todo conduce a adquirir un compromiso con la comunidad profesional. La experiencia cuando se abre y comparte -directa o indirectamente- el espacio psicoterapéutico, tiene además, un significado particular cuando remite a la experiencia personal y cargada de emotividad de quienes participamos o hemos participado tanto a nivel individual como grupal, en programas dirigidos a la enseñanza y formación de psicoterapeutas.
Dicho todo esto, no me queda más que invitarlos a la lectura de una obra que, en el campo de la psicoterapia infantil, habrá de aportar mucho a estudiantes, docentes y psicoterapeutas.

María Asunción Valenzuela Cota
México, D. F. primavera 2010

CAPÍTULO 1.
RESEÑA HISTÓRICA DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL

Contribuciones de los diferentes modelos de la psicoterapia al tratamiento infantil

El tratamiento de los problemas emocionales que se presentan en la infancia, tiene como origen los métodos utilizados con los adultos desde el inicio del psicoanálisis; el cual surge con Freud a finales del siglo XIX.

Con base en la Teoría Psicoanalítica, Freud desarrolló una serie de técnicas de tratamiento con pacientes adultos neuróticos, principalmente con mujeres que padecían de histeria.

Esta corriente teórica postulaba que la conducta obedecía a motivaciones inconscientes y la enfermedad mental se debía a fallas en la estructuración del aparato psíquico (Ello, Yo y Superyó). Esto implicaba ofrecer un tratamiento con el que fuera posible acceder al material reprimido en el inconsciente; de manera que los conflictos del pasado se pudieran elaborar con el fin de curar al individuo de los males que le aquejaban.

Las principales técnicas que la psicoterapia psicoanalítica utilizó para llegar al material reprimido y de este modo lograr sus objetivos de acceder al inconsciente fueron: la asociación libre, la interpretación de los sueños y los *lapsus lingue*. Mediante estos métodos, el paciente era capaz de actualizar el conflicto, ponerlo en palabras e ir en camino hacia la cura.

Con este pequeño bosquejo es posible darse cuenta que Freud, aun cuando puso en un papel primordial el desarrollo intrapsíquico y por primera vez se consideró a la infancia como un periodo crítico del desarrollo del individuo, no desarrolló una técnica para el tratamiento de los problemas que aquejaban a los infantes.

EL INICIO DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL

Contribuciones de Freud

Dentro de las obras de Freud sobre el desarrollo y conflictos de la infancia destacan, *Análisis de la fobia de un niño de cinco año*s (1909), *Tres ensayos sobre la teoría sexual* (1905), y *Los dos principios del funcionamiento mental* (1911).

En el primer texto, publicado posteriormente con el título de *Historia de Juanito* (1909), informó acerca de un tipo de psicoterapia infantil que todavía hoy se emplea, especialmente en niños pequeños; es decir el tratamiento del niño enfermo a través de sus padres. Freud vio al niño una sola vez, pero habló y mantuvo contacto epistolar con su padre, quien también era médico. Como era un observador atento e inteligente, le informaba periódicamente acerca del desarrollo y la conducta de su hijo, el cual presentaba una fobia a los caballos. De esta manera, Freud deducía sus consejos terapéuticos de la interpretación del comportamiento y de los juegos del niño (Bierman, 1973).

El propio Freud reconoció la importancia fundamental de los conocimientos de psicología profunda para la educación de los niños, pero no estaba preparado para deducir las correspondientes

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

consecuencias terapéuticas. Si bien de manera esporádica llevó a cabo psicoterapias con menores, éstas le confirmaron sus teorías, deducidas retrospectivamente a partir de los análisis de adultos, en especial acerca de la sexualidad infantil (Bierman, 1973).

En 1908 aparecieron sus *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, en los que postulaba una importante actividad sexual en el niño y definía una serie de fases en su desarrollo, que estaba caracterizada por diferentes zonas erógenas. Una etapa fundamental de esta evolución está marcada por el conflicto –al que llamó Complejo de Edipo– en la que se producen complejas relaciones de atracción y rechazo respecto a los propios padres; del éxito relativo en la superación del conflicto depende el desarrollo de una vida sexual normal, o bien, el de perversiones sexuales. A pesar del escándalo que provocaban sus teorías en esa época, a partir de 1900 se formó un grupo de investigadores y alumnos alrededor de él –el cual en 1908 se denominó Sociedad Psicoanalítica de Viena–, cuya vida estaría caracterizada por las rupturas y los cismas, en especial las de Adler y Jung. En 1916, publicó *Introducción al psicoanálisis*, obra en la que ampliaba y clarificaba su teoría al definir el Ello, el Superyó y el Yo, en los cuales se dirimía la relación entre los principios del placer y de realidad; aunque más tarde superpondría en parte a éstos el *eros* (principio de vida) y el *thanatos* (principio de muerte).

La segunda parte del libro sobre los *Tres ensayos para una teoría sexual*, consiste en una exposición de las variantes de la sexualidad infantil. La Teoría de la Libido, sirvió también para esclarecer el complejo de castración, la envidia del pene y finalmente la noción de estadio (oral, anal, fálico, genital), tomada de la biología evolucionista.

Consideraba que en la energía libidinal de las pulsiones sexuales se encuentra la base de las etapas de desarrollo que recorre el niño en el transcurso de su maduración. Cada una de esas facetas corresponde a la primacía de una zona erógena -sucesivamente oral, anal, fálica y genital- y determina un tipo particular de relación con el objeto que se vuelve a encontrar en el adulto. En 1900, en *La interpretación de los sueños* Freud propuso una diferenciación de tres niveles del aparato psíquico el Consciente, el Preconsciente y el Inconsciente. A partir de 1920, completó su teoría apelando a las nociones de Ello, de Yo y de Superyó. Estas nociones no serían ignoradas por ninguno de sus seguidores o detractores posteriores y marcaron todo el pensamiento científico, intelectual, cultural y cotidiano contemporáneo.

El tercer ensayo es un estudio de la pubertad, y por lo tanto del pasaje desde la sexualidad infantil a la sexualidad adulta, a través del Complejo de Edipo y la instauración de una elección de objeto basada en general en la diferencia de los sexos. A este texto se le sumó un capítulo sobre la libido, redactado en varias etapas entre 1905 y 1924. Allí expone la tesis del monismo sexual, subrayando que la libido es de naturaleza y esencia masculina. Esta tesis, propuesta en 1905 y desarrollada sobre todo en 1915, sería impugnada por los representantes de la escuela inglesa, en el marco del gran debate de la década de los veinte sobre la sexualidad femenina. A estas tres partes Freud añade una recapitulación, en la cual expone los efectos sobre la sexualidad de la represión, la herencia, la sublimación y la fijación (Rosak 2005).

La tesis que finalmente va del reconocimiento de una sexualidad infantil hasta su semejanza con la sexualidad adulta, la cual se va modificando a través de las sucesivas ediciones de los *Tres ensayos para una teoría sexual*, es aquella donde de acuerdo con una idea de tiempo cronológico, sitúa al niño en el primer peldaño de una escala evolutiva que madura hasta llegar a la edad adulta y se constituye definitivamente en el encuentro de un objeto apropiado a su sexo. Más allá del reconocimiento de una sexualidad infantil, Freud propone una idea diferente para entender lo que es un niño y, en definitiva, para pensar acerca de la constitución psíquica del sujeto.

Ninguna teoría acerca del funcionamiento y estructura de la mente ha ejercido tanta influencia ni ha adquirido un estatus tan preponderante como la doctrina psicoanalítica; sus categorías y explicaciones no tardaron en convertirse en núcleo de un modo radicalmente nuevo de entender la realidad psíquica que marcó de forma notable el siglo XX.

El psicoanálisis, que tanto en su teoría como en su práctica se ocupó de las perturbaciones y trastornos sufridos por los pacientes en su infancia, finalmente también se dedicó al tratamiento de las neurosis infantiles.

Freud trasmitió su interés y conocimientos a sus discípulos, quienes en sus trabajos expresaron sus puntos de vista acerca de los problemas de la psicología infantil. Pronto se puso de manifiesto la importancia decisiva de los modelos parentales en la educación del niño.

La psicoterapia infantil se desarrolló en dos direcciones o escuelas: la vienesa y la suiza, las cuales tuvieron una relevante influencia en la evolución ulterior de esta disciplina (Bierman, 1973).

Contribuciones del psicoanálisis a la psicoterapia infantil

La práctica del psicoanálisis infantil puso de manifiesto que las reglas relativamente rígidas que se aplicaban en el análisis de los adultos, con la posición relajada sobre el diván y las asociaciones libres, no podían trasladarse al tratamiento de los niños. Al faltar en el niño una capacidad de asociación suficiente, desaparecía un eslabón decisivo en la cadena terapéutica usual. Por otra parte, se consideró que la vía regia para penetrar en el inconsciente infantil era el juego en lugar de los sueños, lo cual derivó en un gran número de posibilidades terapéuticas nuevas (Bierman, 1973).

Como primer analista de niños, mas no médico, Hermine von Hug-Hellmuth publicó en 1913 el libro *La vida psíquica del niño*, y posteriormente un trabajo sobre la *Técnica del análisis de niños*. Esta autora alentaba a sus pequeños pacientes a jugar libremente con muñecas y otros juguetes y extraía sus conclusiones analíticas a partir del juego, así como del comportamiento y manifestaciones del niño. Hug-Hellmuth al describir su forma de análisis infantil, examinó cuestiones esenciales en la práctica como: la falta de consciencia de enfermedad del infante, la posición que toma el terapeuta respecto de los padres, y la conducta del niño durante el juego así como su interpretación. Enfatizó también la necesidad de lograr lo antes posible una relación emocional positiva entre el niño y el terapeuta (Bierman, 1973).

El desarrollo del análisis de niños, alcanzó un primer apogeo durante la década de los veinte, con las concepciones, opuestas y controvertidas de Anna Freud y Melanie Klein.

Anna Freud, con su trabajo práctico en un jardín de infancia experimental sienta las bases de su libro *Psicoanálisis para pedagogos* (1931) y en la *Introducción a la técnica del análisis en niños* (1927) expone detalladamente sus concepciones sobre la técnica del tratamiento en la infancia.

El enfoque de Anna Freud consiste en dirigir la estrategia hacia el hogar del niño. El mundo exterior era importante para comprender la dinámica afectiva del niño. "Son evidentes las múltiples interrelaciones entre el Superyó y los objetos a los cuales debe su establecimiento, pudiéndose compararlas a las que rigen entre dos vasos comunicantes" (A. Freud, 1927, p. 84).

La meta del psicoanálisis infantil para Anna Freud, era desarrollar el Yo hacia la síntesis, modificar el carácter, producir identificaciones sobre el Yo, y alcanzar un Superyó tolerante.

Las grandes aptitudes e intereses pedagógicos de Anna Freud (en constante contacto con la labor tutelar de Aiehhorn, y con los hogares y centros de consulta pedagógica de Viena), condicionaron el carácter pedagógico que dio a la psicoterapia infantil, en concordancia con los analistas suizos. Este hecho y el problema de la transferencia fueron en gran parte la causa de las discrepancias con Melanie Klein (1927).

Anna Freud consideraba que sólo en ocasiones esporádicas de neurosis de angustia graves estaba indicado el análisis clásico en el niño; mientras que, en los demás casos, la psicoterapia infantil debía adaptarse a la especial situación del niño en su familia. También lo inducía, por medio de muy variados materiales de juego, a efectuar proyecciones e identificaciones. Desde el inicio del tratamiento fomentaba una intensa transferencia positiva en el niño y tomaba en cuenta para el análisis que el niño a diferencia del adulto raramente tiene consciencia de enfermedad y deseos de tratarse, y la deficiente o nula capacidad del infante para hacer asociaciones.

Esta autora puso de relieve la adaptación del niño al mundo circundante; es decir su necesaria socialización, que tiene lugar con la ayuda de la imitación, introyección e identificación. Estos conocimientos son especialmente importantes para la psicoterapia de los jóvenes delincuentes. Para

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Anna Freud, el objetivo de la psicoterapia es una compensación entre las posiciones neuróticas del Ello, Yo y Superyó, en la medida en que, mediante una mayor tolerancia de cada uno de estos sistemas respecto a los demás, se favorezca un desarrollo armónico de la personalidad.

En Berlín, Melanie Klein se basó en las observaciones efectuadas en el tratamiento analítico de un escaso número de niños pequeños para desarrollar una técnica especial de juego y de interpretaciones que ha pasado a la historia del psicoanálisis con el nombre de *Análisis precoz del niño*. Al trasladarse a Londres en 1926, estas concepciones condujeron al desarrollo de una escuela propia de psicoanalistas de niños. En sus primeras publicaciones (1924) señaló las relaciones existentes entre el juego del niño, su desarrollo sexual y sus fantasías. Consideró la disminución de la angustia del niño durante el tratamiento analítico como una confirmación de lo correcto de sus concepciones, según las cuales ya es posible dar a un niño pequeño interpretaciones simbólicas directas, especialmente sexuales, de su comportamiento alterado o de su conducta durante el juego. El juguete mismo le pareció constituir un objeto de transferencia, lo que explicaría en parte la incapacidad neurótica de jugar que tienen algunos niños. De sus experiencias con el análisis precoz de niños, dedujo amplias consecuencias que atribuían una importancia decisiva al desarrollo emocional del niño durante el primer año de vida, en el cual la incorporación de las primeras relaciones de objeto, las representaciones y experiencias de un pecho bueno y un pecho malo (como madre protectora o frustrante) formaría el núcleo para el desarrollo ulterior del Superyó. Consideró las ansiedades precoces, las depresiones y las vivencias paranoides del lactante como causas de la psicosis que aparecen en épocas ulteriores de la vida (Bierman, 1973).

Para Melanie Klein, el psicoanálisis del niño comienza en la primera sesión. Ella trabajaba con las ansiedades y la culpa de los menores, considerando a la angustia como una expresión de la resistencia y utilizaba al juego como vía de acceso al material inconsciente. Los juguetes constituían la herramienta para conocer las fantasías inconscientes, las cuales eran interpretadas. *"*La representación por medio de juguetes, es en realidad, la representación simbólica en general, al estar hacia cierto punto alejada de la persona misma del sujeto— está menos investida de angustia que la revelación por la palabra hablada*"* (Klein, 1927, p. 95).

Esta autora consideraba que el psicoanálisis se ocupaba del complejo de Edipo formado con la frustración derivada por el destete. En las sesiones analizaba la relación con los objetos introyectados en el mundo interno, y a diferencia de Anna Freud, postulaba que en el análisis del niño surge la neurosis de transferencia, y que tanto la transferencia positiva como la negativa son manejables y que era necesario interpretar la negativa.

> En el análisis de los niños Melanie Klein observó que los síntomas cambiaban, se acentúaban o disminuían durante el proceso del análisis. Observó también que la abreacción de afectos tenía una estrecha conexión con el trabajo psicoterapéutico y con la relación transferencial. Con base en estas observaciones postuló que la angustia y las reacciones emocionales del niño son posibles de resolver en el terreno analítico.

En 1932 publicó *El psicoanálisis de niños*, convirtiéndose en la obra más importante escrita por un miembro de la Sociedad Británica hasta ese momento. En este trabajo formula dos conceptos importantes de su teoría: las posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

Otro teórico que contribuyó de manera muy importante en el tratamiento de las dificultades emocionales en los niños fue Donald Winnicott, médico especializado en pediatría en 1920, quien, durante más de cuarenta años se dedicó a la pediatría y se desempeñó como psicoanalista haciendo una productiva síntesis de ambas profesiones. En 1927 ingresó a la Sociedad Psicoanalítica Británica, en donde supervisó su práctica psicoanalítica en compañía de Melanie Klein.

Su obra fue original, se centró en el estudio de la relación madre-lactante y la evolución posterior del sujeto a partir de esta relación. Este autor consideraba que todo recién nacido sano tiene una tendencia innata a desarrollarse como una persona total y creadora, pero requiere de un entorno inicial como base para el desarrollo. Siendo la madre el primer contacto del bebé con el entorno, las funciones maternales juegan un papel primordial en el desarrollo del infante.

En sus primeros meses de vida el infante (especialmente durante el período de lactancia), concibe el entorno como sinónimo de la madre. En ese momento, la intervención del padre está mediatizada por la madre y, en un primer momento, el padre cumple la función de favorecer al entorno ayudando a la madre a preservar la diada madre-lactante. Sin embargo Winnicott, observa que un exceso de apego entre la madre y el hijo es patológico; la preocupación materna primaria suele ser espontánea, lo que importa es que en ella se dé un equilibrio entre ser una madre **suficientemente** buena y una madre superficialmente dedicada al niño. La primera es aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del **verdadero Yo** del niño; es decir acoger sus gestos, en el sentido de lo que el niño quiere expresar, esto es, interpretar su necesidades y devolvérselas como una gratificación al bebé.

En su hipótesis plantea que a partir de la frustración en el niño va emergiendo un **falso Yo**, que tiene función adaptativa, que acerca al niño a un principio de realidad. Éste puede darse en diferentes grados, desde el que correspondería a un tipo de adaptación a las normas sociales, hasta grados más patológicos que lo alejan de lo que es intrínsecamente su propio *self* y se constituye en una mera adaptación.

En un principio, la madre debe ilusionar al bebé para después desilusionarlo gradualmente. Esto quiere decir que el bebé, ante su necesidad de comer, es acogido por la madre y ésta le ofrece su pecho para alimentarlo, de tal modo que se dispone una situación en donde el lactante tiene la ilusión de que el pecho fue creado por él y que es parte suya. Pero a medida que la madre lo desilusiona; esto es, que no le otorga gratificación de inmediato, el bebé se va percibiendo como separado de ella, lo que da lugar a que gradualmente pueda percibir su realidad y su subjetividad.

De sus observaciones acerca de la primera relación madre-niño, Winnicott obtiene conclusiones para sus métodos de práctica psicoanalítica; por ejemplo, el llamado *setting* (disposición) analítico y la relación soñar-soñado.

En el *setting* se busca que el paciente logre —tras una regresión momentánea a los cruciales años de su infancia— demostrar su modo de soñarse. En tanto que en el psicoanálisis se produce una momentánea regresión (para lograr una eficaz reflexión sobre la infancia). Winnicott también introduce la noción de *holding* (contención, pertenencia, valores adquiridos), ya que la relación analista-paciente crea una fuerte relación emocional de dependencia. El objetivo del tratamiento en los pacientes adultos es ayudarlos a liberarse de la dependencia (que evoca a los vínculos que el sujeto haya tenido en su infancia), lo que se constituiría en un signo de la curación.

La teoría de Winnicott postula que en cada persona hay un falso *y* un verdadero *self,* y su organización la conceptualiza como una serie complementaria*,* que va desde lo saludable, aspectos socialmente indispensables para el desarrollo (verdadero *self),* hasta lo patológico falso *self* (la enfermedad).

El verdadero *self*, que en la salud se expresa en la autenticidad y la vitalidad de la persona, estará siempre en parte, o en su totalidad, oculto. Mientras que el verdadero *self* hace que el sujeto se sienta real, el falso *self* tiñe la existencia de un sentimiento de irrealidad, de futilidad. Si tanto la persona como la sociedad, perciben el falso *self* como saludable, es posible que la persona se perciba más funcional de lo que le pueda hacer sentir el verdadero *self*.

Este autor postula que la temprana interrupción de la experiencia de omnipotencia infantil perjudica el desarrollo de la capacidad de simbolización, por el bloqueo de la formación de símbolos. Es posible que la creatividad del pequeño que se ve sometido a la sumisión, a la imposición aplastante de una realidad que no deja hueco a la ilusión, se vea comprometida o desaparezca. Cada individuo necesitará ciertas relaciones o actividades que pueda conectar con su propio mundo interno, con su espontaneidad y creatividad, sin la exigencia de estar integrado. Desde estas premisas, se podría entender al estrés como la permanente vigencia de los repetidos y agotadores estímulos externos, y la consecuente incapacidad de la persona para conectarse consigo mismo.

Cuando existe una gran separación entre verdadero y falso *self,* el primero puede desaparecer por completo, lo que suele aparecer como una pobre capacidad para la simbolización y una vida culturalmente reducida. Así ocurre en algunas personas extremadamente inquietas o impacientes, con poca capacidad de concentración y gran necesidad de reaccionar a las demandas de la realidad externa, al mismo tiempo que experimentan un gran malestar consigo mismas.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Otra aportación de Winnicott son los conceptos de espacios, fenómenos y objetos transicionales que se dan al producirse la paulatina independencia de los niños hacia la madre. Manifiesta que los espacios, fenómenos y sobre todo los objetos transicionales son factores substitutivos que —en un principio ilusoriamente— sustituyen a la madre. El juguete preferido del niño es un ejemplo de objeto transicional. Las actitudes que en ese momento tiene éste junto a los fenómenos y a los objetos transicionales le sirven de nuevo entorno y son la base para lograr paulatinamente su autonomía y autosuficiencia.

Para este autor, el juego es una herramienta esencial para el tratamiento infantil, ya que lo considera como un elemento que permite al niño expresarse simbólicamente por carecer éste de un uso del lenguaje amplio. En los juguetes y objetos, el niño proyecta a los personajes de su mundo interno y evidencia sus mecanismos de defensa. Con el juego, el menor experimenta la realidad, el espacio donde se desarrollan los contactos y vicisitudes entre sus vivencias internas y el exterior. Al juego lo considera un ejercicio de creación de los objetos (Anzieu, A., Anzieu, P. & Daymas, 2001).

En su práctica clínica desarrolló y suavizó las reglas ortodoxas del análisis infantil, resaltando la actitud del terapeuta y la utilización del juego en el tratamiento. Mientras el niño juega, puede, además de manejar el espacio transicional con los objetos que allí se encuentran, experimentar la destrucción o la supervivencia de los mismos, al situarlos fuera de él y de este modo crear la realidad. En su libro *Realidad y Juego* (1971) enfatiza que mediante el juego, es posible desarrollar una psicoterapia profunda sin necesidad de interpretarla. Asimismo, destaca que lo importante es el momento en el cual el niño se sorprende a sí mismo y no la interpretación que del juego hace el terapeuta.

Los estudios de Melanie Klein y Winnicott tuvieron un gran impacto en la Teoría del Apego propuesta por Bowlby. Este autor inglés, fue Director de la Clínica Tavistock, y desde 1950, consultor de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

Debido a sus trabajos previos con menores mal adaptados y delincuentes, se interesó en el desarrollo de los niños y comenzó a trabajar en la Clínica de Guía Infantil en Londres. Melanie Klein fue su supervisora durante su entrenamiento psicoanalítico, aunque tenían diferentes visiones sobre el rol de la madre en el tratamiento de un niño de tres años. De una manera específica e importante, Klein expresaba el rol de las fantasías infantiles del niño acerca de su madre, mientras Bowlby enfatizaba la actual historia de la relación entre el niño y su madre.

Su interés se centraba en encontrar los patrones de interacciones familiares involucrados tanto en el desarrollo sano como en el patológico. Se enfocó sobre cómo las dificultades de apego se transmitían de una generación a otra.

El término interacción fue utilizado por primera vez por Bolwby en un famoso artículo *La índole del vínculo del hijo con su madre* (Brazelton & Cramer, 1993); el cual ejerció una poderosa influencia en la aplicación de un modelo observacional de la relación. Bowlby, a diferencia de los psicoanalistas anteriores, sostuvo que el intercambio con la madre no se basa únicamente en la simple gratificación oral y su concomitante reducción de la tensión.

Tomó en cuenta la etología al describir el carácter muy activo de las conductas de vínculo del niño. En Bowlby se aprecia el reconocimiento del rol del bebé en su voluntad de suscitar respuestas en su madre, hace énfasis en la actividad y no en la indefensión, así como en la facultad del bebé para promover conductas y no en la pasividad (Brazelton & Cramer, 1993).

Al hacer referencia al rol de la interacción, plantea que la experiencia de separación real mina la confianza, pero no es suficiente para que surja la ansiedad de separación. Para ello es necesario que intervengan otras variables como amenazas de abandono con fines disciplinarios, discusiones de los padres con significado implícito de riesgo de separación. En 1970 Ainsworth y Bell diseñaron la situación del extraño (citado en Bolwby, 1985) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Desde este momento, ésta se convirtió en el paradigma experimental por excelencia de la Teoría del Apego.

La situación del extraño es una condición de laboratorio de aproximadamente 20 minutos de duración con ocho episodios. La madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se

incorpora una desconocida. Mientras esta persona juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña. La madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo. Finalmente regresan la madre y la extraña.

Tal y como esperaba, Ainsworth encontró que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, y que esta conducta disminuía cuando entraba la desconocida y, sobre todo, cuando salía la madre. A partir de estos datos quedaba claro que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activaba las conductas de apego y hacía desaparecer las conductas exploratorias (Oliva, 1995).

Como resultado de este experimento Aisworth y Bell postularon lo que se conoce como los diferentes tipos de apego:

Apego seguro

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque la madre es muy sensible y responsiva a las llamadas del bebé, mostrándose disponible cuando su hijo la necesita.

Apego inseguro evitativo

Es un tipo de relación con la figura de apego que se caracteriza porque los niños se muestran independientes. Las madres de estos niños se muestran relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes.

En este caso, la interpretación global de Ainsworth era que cuando estos niños entraban en la situación del extraño comprendían que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de sentimientos hacia ella (Oliva, 1995).

Apego inseguro ambivalente

Estos niños vacilan entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. Las madres de estos niños proceden de forma inconsistente, se muestran sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen (Oliva, 1995).

En este caso, el niño se comporta de modo tal que responde a una figura de apego que está mínima o inestablemente disponible; puede desarrollar estrategias para conseguir su atención, o bien exhibir mucha dependencia. La característica de estos niños es una acentuada inmadurez y la dependencia que a nivel biológico puede resultar adaptativa, ya que le funciona para mantener la proximidad de la figura de apego. Sin embargo, a nivel psicológico no es tan adaptativa, debido a que impide que el niño pueda desarrollar sus tareas evolutivas (Oliva, 1995).

Apego múltiple

Bowlby considera que el niño puede llegar a establecer vínculos afectivos con distintas personas; sin embargo, también piensa que los infantes están predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal, y que el apego con ésta es cualitativamente especial y distinto del establecido con otras figuras secundarias.

Es común que cuando un niño está triste o enfermo busque preferentemente la compañía de su madre, pero también es posible que prefiera al padre. Investigaciones realizadas en este sentido prueban que en el momento del nacimiento los padres pueden comportarse tan sensibles y dispuestos a responder a los bebés como las madres (Oliva, 1995).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El apego no sólo se produce con relación a las figuras parentales. Aunque se admite que hay poca investigación al respecto, se sabe que con los hermanos se logran verdaderas relaciones de apego. Los niños se ofrecen ayuda y consuelo unos a otros en situaciones desconocidas o amenazantes (Oliva, 1995).

En conclusión, los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas. No es de antemano negativa la existencia de varias figuras de apego. Por el contrario puede ser muy conveniente, pues facilita elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación y la estimulación variada. Incluso es una garantía para una mejor adaptación en caso de una inevitable separación de los padres en caso de accidente, enfermedad o muerte (Oliva, 1995).

Con base en los casos que observó y pudo recopilar, Bowlby postuló que la base segura que se establece en la relación entre niño y padres a una edad temprana tiene una influencia en la vida del sujeto hasta su adultez. Para este autor, el estilo de apego no sólo condiciona el tipo de personalidad sino que también fija la manera de relacionarse con un modelo de autoridad.

Los postulados y estudios realizados por Bowlby, constituyen una base muy importante para la terapia infantil, sobre todo en la relación que el terapeuta establece con el menor; ya que al propiciar un apego seguro con el profesional, el menor será capaz de desarrollar una personalidad armónica y sana. En este punto es necesario enfatizar que los niños pequeños con los que se trabaja, aún están en proceso de estructurar su personalidad. Por otro lado, esta teoría pone de manifiesto la importancia de trabajar con los padres, de manera que éstos puedan tener actitudes consistentes y cariñosas que proporcionen a los niños menores una base segura.

No cabe duda que el movimiento psicoanalítico iniciado por Melanie Klein en Inglaterra, proporcionó las bases para el interés sobre el desarrollo emocional de los niños desde los vínculos muy tempranos con la madre o adultos significativos, (Winnicott, Aisworth, Bell & Bowlby). Las teorías evolutivas emanadas de estos autores, dieron lugar a un cambio en la concepción del desarrollo de los niños y sobre todo en función de nuevas aproximaciones en la crianza y en el tratamiento psicológico de los niños pequeños.

En Francia, también se desarrolló la psicoterapia infantil con la influencia de Erich Stern, quien emigró de Alemania en 1933 y mantuvo de manera conservadora la psicoterapia infantil del tipo del consejo pedagógico, así como la utilización de técnicas de psicodiagnóstico. El analista de niños Levobici ha estudiado de manera fructífera los diversos problemas teóricos y prácticos de la psicoterapia infantil y ha preconizado la utilización del Psicodrama de Moreno en los niños (Bierman, 1973).

La analista Françoise Dolto desarrolló una forma especial análisis infantil, el juego con la muñeca flor, que dio buenos resultados en niños autistas, con Yo débil, (limítrofes), y también con adultos. La propuesta metodológica de esta psicoanalista francesa, discípula de Lacan, es de gran trascendencia en el escenario reciente del psicoanálisis con niños. En1986 aplicó un método que da lugar a la conversación con el niño, entendida ésta como la provocación de sus variadas ocurrencias., en su libro *Psicoanálisis y Pediatría*, ilustra con múltiples casos tomados de su experiencia clínica en el trabajo realizado con pacientes infantiles a lo largo de varios años. Esta autora señala la importancia del pago de la sesión por parte del niño: un pago simbólico con un objeto elaborado generalmente por el pequeño, lo cual le da la posibilidad de ocupar un lugar distinto frente a su propio proceso (Segovia, 2004).

Dolto utilizaba en su práctica terapéutica las mismas palabras del niño para significarle sus propios pensamientos como el aspecto de una realidad. En 1938 se encontró con Jacques Lacan a quien siguió a lo largo de toda su carrera. Tomó de él sus conceptos, pero se los apropio de manera personal. Así, al inspirarse en el estadio del espejo y en la imagen corporal propuesta por Paul Schilder, creó el término de imagen inconsciente del cuerpo para designar la encarnación simbólica del sujeto deseante. Durante 40 años Lacan y Dolto figuraron como la pareja parental para generaciones de psicoanalistas franceses. En septiembre de 1940 inauguró en el hospital Trousseau un servicio abierto para los analistas deseosos de formarse en la práctica del psicoanálisis.

Actualmente, la teoría y la técnica dentro de la terapia psicoanalítica infantil son las mismas. El inconsciente infantil se manifiesta a través de síntomas, sueños, fantasías, lo que ocupa un lugar importante dentro del proceso analítico. El valor simbólico y en gran medida inconsciente del material lúdico y gráfico, permite al analista acercarse a la problemática del niño e intervenir poniendo las palabras que faltan al discurso del pequeño paciente. Sin embargo, el analista debe cuidarse de utilizar sus significantes adultos sin preguntar al pequeño el significado que para él tienen las palabras que emplea. Recurrir a las historias puede ser de gran utilidad: un cuento puede servir para ilustrar una situación que el niño comprenderá más fácilmente si se identifica con los personajes (Segovia, 2004).

En EUA, los psicoterapeutas infantiles emigrados durante la década de los treinta encontraron una psicología basada en ideas conductistas; sin embargo, la teoría psicoanalítica permeó a las antiguas colaboradoras de Anna Freud, Emma Plank y Thesi Bergmann, quienes trabajaron en las clínicas infantiles de Cleveland, en donde reunieron valiosas experiencias psicológicas y psicoterápicas en niños enfermos basadas en el *Papel de la enfermedad corporal en la vida psíquica del niño*. Estas investigaciones fueron precursoras a las de René Spitz sobre el hospitalismo psíquico dando lugar a la adopción de las correspondientes medidas de la higiene mental en asilos y hospitales (Bierman, 1973).

En América la psicoterapia infantil también recibió nuevos estímulos a partir de la antropología cultural. Sobre la base de las investigaciones etnológicas comparativas de Kardiner, Malinowski, Benedikt y Mead. De especial importancia fueron los estudios de Erik Erikson, que aparecen es su libro de *Infancia y sociedad*, en donde establece el concepto de que los primeros troquelados en el desarrollo del Yo infantil proceden de la cultura en que vive el niño, concepto que fue completado en estudios posteriores acerca de la formación de la identidad en el joven y sus trastornos (Bierman, 1973).

Con esta orientación, Ekstein (Los Ángeles) y Bettelheim (Chicago) trabajaron nuevos métodos terapéuticos en el diagnóstico y tratamiento de los niños autistas. En Nueva York se desarrollaron formas de psicoterapia de grupo para niños y jóvenes. Entre ellas figura, además del Psicodrama de Moreno, la técnica de los grupos de actividad de Slavson para niños y jóvenes, como derivación de la psicoterapia de grupo no directiva de Rogers y Axline (Bierman, 1973).

Contribuciones del conductismo en la psicoterapia infantil

Desde la década de los veinte, Pavlov y Watson demostraron el poder del condicionamiento para afectar la conducta, se observó un incremento estable en el uso de procedimientos basados en el aprendizaje desarrollado para reducir los niveles de incomodidad emocional de los pacientes y eliminar sus conductas inadaptadas.

A partir de 1950 surgieron tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: en Inglaterra, H. J. Eysenck (1952) publicó su artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis (terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos). Eysenck, siguiendo la tradición de Pavlov, basó su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Sudáfrica, Wolpe (1958) desarrolló un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el condicionamiento clásico y en la desensibilización sistemática. Este autor mostró en sus obras cómo esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis. El tercer foco deriva de EUA donde la obra de Skinner basada en el condicionamiento operante se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

Las primeras aproximaciones a la terapia conductual, o modificación de conducta como se le conocía entonces, negaban por completo la importancia de las cogniciones en el proceso de mejoramiento clínico; las cuales no eran directamente observables y no podían medirse de manera confiable. En consecuencia, los defensores de la terapia conductual sentían que un énfasis en las cogniciones era irrelevante para una ciencia del cambio conductual. Sin embargo, en la década de los setenta se inició

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

un cambio radical en esta posición. Los psicólogos empezaron a integrar procedimientos cognitivos con las técnicas conductuales en la práctica de lo que llegó a conocerse como Terapia Cognitivo-Conductual.

Contribuciones de la Terapia Cognitivo-Conductual a la psicoterapia infantil

La teoría y los resultados de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. El libro de Michael Mahoney publicado en 1974, *Cognition and Behavior Modification*, y el volumen de *Donald Meichenbaum* publicado en 1977, *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, desarrollaron aún más el papel de la cognición como mediadora del cambio en la terapia conductual y fortalecieron la práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual. Casi al mismo tiempo, Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaron su modelo de terapias para trastornos emocionales que no sólo incluían un fuerte componente cognitivo sino que resaltaban las cogniciones disfuncionales o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa de malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico.

Albert Bandura fue pionero tanto en el uso terapéutico del modelamiento, o aprendizaje por observación, para tratar temores y fobias, como en la enseñanza de habilidades y conductas positivas. Observó que el modelamiento puede emplearse para facilitar o inhibir la expresión de conducta que los individuos ya pueden realizar y permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación.

La teoría y los resultados de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la terapia. Al mismo tiempo, Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaron su modelo de terapias para trastornos emocionales que no sólo incluían un fuerte componente cognitivo sino que, más importante aún, resaltaban las cogniciones disfuncionales, o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa de malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico.

Tanto la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis como la Terapia Cognitiva de Aaron Beck han causado una profunda influencia en la práctica de la psicología clínica. Con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas, desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma de pensar de las personas, para mejorar su funcionamiento emocional y conductual.

Ellis formuló lo que llegó a conocerse como la Teoría A-B-C de la conducta disfuncional. Contrario a la visión prevaleciente en la época, argumentaba que los acontecimientos estresantes de la vida, conocidos como eventos activadores (A) no causan psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad. Afirmó que son las creencias irracionales (B) o interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas lo que las lleva a deprimirse o ser ansiosas. Suponía que cuando una persona experimenta un acontecimiento negativo o desagradable tiene creencias lógicas y racionales acerca de ese hecho; sin embargo, también se involucra automáticamente en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso.

Por otra parte, Beck elaboró la Terapia Cognitiva a partir de su experiencia clínica con pacientes deprimidos. Sus observaciones acerca de los sueños de los pacientes deprimidos estaban repletas de contenido negativos, los cuales juegan un papel central en el inicio y curso de la depresión. Postuló que las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas y del mundo y que no tienen esperanzas acerca del futuro. Propuso, además, que las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos negativos, o estructuras por medio de las cuales perciben e interpretan sus experiencias.

Con base en sus formulaciones teóricas, desarrolló la Terapia Cognitiva como una forma de tratamiento de la depresión y la ansiedad; la cual se concentra sobre todo en la identificación o cogniciones distorsionadas con la creencia de que esos cambios llevarán a una reducción en los síntomas de malestar. Sin embargo, los terapeutas cognitivos también pueden asignar tareas conductuales a los

pacientes y darles capacitación en habilidades de solución de problemas. La Terapia Cognitiva es de tiempo limitado, rara vez excede de 30 sesiones y por lo general, emplea de 15 a 25 sesiones.

Como en la Terapia Psicoanalítica, este modelo se desarrolló inicialmente en el tratamiento de adultos; sin embargo, el empleo de la Terapia Cognitiva sin modificación no es apropiada en el caso de niños y adolescentes, pues es necesario un método que vaya más acorde con el desarrollo. Las adaptaciones al modelo para este grupo de edad, surgieron desde la década de los ochenta con Emety, Bedrosian y Garber, quienes trabajaron con adolescentes y con Kendall y Braswell, los cuales lo utilizaron con niños.

En las adaptaciones que se realizaron en la Terapia Cognitivo-Conductual, se consideró el uso del juego para hacer participar al niño en lo que tradicionalmente es un esfuerzo verbal, sin embargo pronto se puso de manifiesto que los niños pequeños no cuentan con la capacidad para seguir una secuencia racional y lógica, por lo que este modelo en la actualidad se trabaja con niños en edad escolar y con adolescentes.

En este modelo, el terapeuta trata de identificar los factores que refuerzan y mantienen los comportamientos problemáticos para poder modificarlos. Muchas de las intervenciones se basan en los condicionamientos clásicos como lo es la desensibilización sistemática y en el operante, como lo es el manejo de contingencias.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con niños, incorpora intervenciones cognitivas y conductuales dentro de un modelo de terapia de juego.

Desde la década de los ochenta en la TCC se han establecido directrices desde una perspectiva del desarrollo, convirtiéndose en un método para que los niños aprendan a cambiar su propia conducta y se vuelvan partícipes activos en el tratamiento (Knell, 1994). En esta aproximación teórica, los principios cognitivos y conductuales se integran de manera sensible a los aspectos del desarrollo.

La importancia de la participación del niño en el tratamiento puede entenderse desde numerosas perspectivas. Desde el punto de vista del desarrollo, los niños necesitan demostrar un sentido de dominio y control sobre su ambiente. Éste puede percibirse cuando éstos muestran niveles crecientes de control sobre su propia conducta. Ollendick y Cerney (1981) describieron el interés creciente en enseñar a los niños a regular su propia conducta. Enseñar a un niño el autocontrol podría ser más eficiente (Lovitt & Curtis, 1969) y más duradero (Drabman, Spitalnik & O'Lear'y, 1973) que los programas suministrados por los padres; también podría permitir que los adultos significativos participen en actividades más positivas con el niño. Por último, en los programas llevados a la práctica por los padres, en los cuales el niño no se integra de manera directa al tratamiento, el adulto podría convertirse en una señal discriminativa para que aquél emita la conducta adecuada o suprima una inadecuada. Por tanto, los niños sólo pueden comportarse de ciertas maneras cuando están presentes estas señales (Kazdin, 1975). El integrar intervenciones cognitivas y conductuales puede proporcionar el enlace faltante para promover participación activa del niño en un tratamiento enfocado, orientado a lograr objetivos.

En la TCC, el moldeamiento se emplea para enseñar al niño habilidades de afrontamiento adaptativas. En esta modalidad de terapia infantil, el modelo suele ser un juguete (animal de peluche, títere, o algún otro) que demuestra el comportamiento que se quiere que el niño aprenda. El moldeamiento también puede darse utilizando otros materiales, como son los cuentos, películas, fábulas o programas de tv, entre otros. El *role paying* resulta ser efectivo con niños en edad escolar, aunque es posible también aplicarlo mediante la técnica de moldeamiento; por ejemplo un niño que tiene temor a la separación podría ver un títere igualmente temeroso mientras practica el separarse de la madre e interactuar con los demás. (Knell, en Schaefer, 2005).

Al igual que en otras modalidades de terapia infantil, en la TCC, observar el juego del niño proporciona una comprensión de los pensamientos, sentimientos y visión del mundo por parte de éste. Los niños llevan al tratamiento sus conflictos y fantasías; mientras menos sean capaces de verbalizar los conflictos y fantasías, más las revelan por medio del juego. Las implicaciones del juego en los niños son interminables: es la ventana a través de la que los adultos miran cómo los niños se

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

consideran a sí mismos y a los demás, cómo interactúan con el terapeuta y cómo entienden el mundo a su alrededor.

En la TCC se constituyen objetivos terapéuticos, y el movimiento hacia la consecución de los mismos es una parte integral del tratamiento. Es una terapia directiva, ya que es el terapeuta quien lleva el liderazgo del niño o en el conocimiento de la situación de éste, recopilado a partir de una fuente exterior. En la TCC es aceptable que el terapeuta introduzca temas con base en el informe del padre o el maestro con respecto a la conducta del niño en situaciones fuera del escenario de la terapia; por ejemplo, el terapeuta de juego cognitivo-conductual puede suministrar una dirección al utilizar, de manera intencional y sistemática, un títere que se comporte de ciertas maneras o que verbalice conflictos que el niño, según se informa, está demostrando.

Desde la década de los noventa, la TCC ha sido utilizada con éxito por Knell y colaboradores en niños con diagnósticos de mutismo selectivo, encopresis, ansiedad por separación y fobias. Este autor también ha obtenido éxitos al utilizar el modelo en niños que han experimentado sucesos de vida traumáticos como la separación de los padres o el abuso sexual. La TCC resulta útil en el caso de niños que necesitan aprender habilidades de afrontamiento más adaptativas.

Phillips (1985) menciona que en el terreno de la investigación, una ventaja de este modelo de tratamiento sobre otros es la integración de las técnicas cognitivo-conductuales con las intervenciones de juego que ofrecen una dirección prometedora, debido a que la especificidad de los objetivos y métodos del tratamiento podría dar razón de un resultado positivo. Sin embargo, la TCC todavía ha de ser sometida a un estudio empírico sistemático.

CONTRIBUCIONES DE LA ESCUELA HUMANISTA A LA TERAPIA INFANTIL

Se denomina Psicología Humanista a una corriente dentro de la psicología que nace como parte de un movimiento cultural más general surgido en EUA en la década de los sesenta y que involucra planteamientos en ámbitos como la política, las artes y el movimiento social denominado contracultura.

La Psicología Humanista es una escuela que pone de relieve la experiencia no verbal y los estados alterados de consciencia como medio de realizar nuestro pleno potencial humano.

Surgió como reacción al conductismo y al psicoanálisis, dos teorías con planteamientos opuestos en muchos sentidos pero que predominaban en ese momento. Pretende la consideración global de la persona y la acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad), a la vez critica a una psicología que, hasta entonces, se había inscrito exclusivamente como una ciencia natural, intentando reducir al ser humano a variables cuantificables, o que, en el caso del psicoanálisis, se había centrado en los aspectos negativos y patológicos de las personas.

Por esto, uno de los teóricos humanistas más importantes de la época, Abraham Maslow, denominó a este movimiento La tercer fuerza para mostrar lo que se proponía con esta corriente: integrar las formas (aparentemente opuestas) en que se expresaba el quehacer psicológico de la época (conductismo y psicoanálisis).

La psicoterapia centrada en la persona (o en el cliente) constituye un concepto psicológico aplicado al trabajo terapéutico con pacientes y clientes en búsqueda de ayuda psicológica. Ha sido creada por el psicólogo norteamericano Carl Rogers (1902 -1987).

Rogers, influenciado por las teorías de Otto Rank y la corriente europea del Existencialismo, publicó en 1939 su primer libro: *The Clinical Treatment of the Problem Child*. En 1942 en *Counseling and Psychotherapy*, fundó las bases de la Terapia Centrada en el Cliente, piedra angular del movimiento de la Psicología Humanista.

Este autor fue partícipe y gestor instrumental en el desarrollo de la terapia no directiva, también conocida como Terapia Centrada en el Cliente, que renombró como Terapia Centrada en la Persona.

Esta interesante teoría es conocida por sus siglas en inglés PCA *Person-Centered Approach* o enfoque centrado en la persona. Sus teorías abarcan no sólo las interacciones entre el terapeuta y el cliente, sino que también se aplican a todas las interrelaciones humanas. La terapia rogeriana contrasta con las perspectivas psicológicas freudianas y las sociales de Alfred Adler y de Albert Bandura, por el uso preferente de la empatía para lograr el proceso de comunicación entre el cliente y el terapeuta o, por extensión, entre un ser humano y otro.

Rogers llamaba cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado, una adaptación a la realidad el compromiso con la sociedad y el ser creativo dentro de la organización cultural.

El terapeuta no establece objetivos, ni especula sobre los resultados, porque eso sería decidir por la persona, pero, no es indiferente al sufrimiento que éste experimenta. Durante el proceso del tratamiento, el terapeuta acompaña al cliente en una búsqueda mutua para que éste pueda lograr ser él mismo y decidir desde su intimidad. El terapeuta entonces, en lugar de interpretar, utiliza la técnica de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar a la persona en una atmósfera de comprensión y confianza en sí mismo, que le permita el ir descubriendo sus propios recursos y valores.

La terapia infantil con la orientación de la escuela humanista, se desarrolla a partir del trabajo de Virginia Axline (1964–1969) basándose en la propuesta de Carl Rogers (1951).

Virginia M. Axline (1911–1988) utilizó el término Terapia de Juego para referirse al tratamiento psicoterapéutico dirigido a los niños. Escribió dos libros sobre el tema: *Dibs en Busca del Yo* (1964) y *Terapia de Juego* (1975).

En la década de los cuarenta,Virginia Axline comenzó su práctica clínica infantil utilizando la Terapia No Directiva con base en los principios establecidos por Rogers para llevar a cabo la Terapia Centrada en la Persona; los cuales, aplicados a los niños, fueron incluidos en su primer trabajo publicado en 1947. En esta obra, Axline realiza modificaciones a la metodología básica establecida por Rogers que se relacionan con la edad, el desarrollo y los diversos modos de expresión de los niños.

Consideró que los infantes buscan de manera natural el crecimiento y que, en los niños emocionalmente perturbados, esta búsqueda no se ha dado adecuadamente. A través de dicha aproximación se pretende resolver el desequilibrio que se da entre el niño y su ambiente, y de este modo, facilitar su natural tendencia al crecimiento (Guerney en O' Connor & Schaefer, 1998).

Axline (1975) concibe a la Terapia No Directiva como la oportunidad que tiene el menor para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Considera que el juego constituye el medio natural de autoexpresión del menor; por lo que al jugar, el niño expresa sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión.

En este modelo también se trabaja con el juego y el dibujo libre y se recomienda que los materiales y juguetes fomenten el juego simbólico e imaginativo, así como la expresión del niño.

Los ocho principios que Axline (1975) formuló para llevar a cabo el tratamiento son los siguientes:

1. El terapeuta crea una relación cálida y amistosa con el niño.
2. El terapeuta acepta a niño tal y como es.
3. El terapeuta establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y los refleja hacia él de tal manera que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta mantiene un respeto profundo hacia la habilidad del niño para resolver sus problemas si se presenta la oportunidad. Es responsabilidad del niño hacer elecciones e introducir cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversaciones del niño de ninguna manera. El niño conduce y el terapeuta sigue.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

7. El terapeuta no busca apresurar la terapia. Comprende que se trata de un proceso gradual.
8. El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para conscientizar al niño de su responsabilidad en la relación.

Wilson (1992) considera que los principios propuestos por Axline pueden ser expresados para establecer las habilidades y aptitudes que requiere tener el terapeuta en la práctica, cuando atiende niños con este modelo teórico.

Éstas son:

- Brindar al niño el espacio para compartir lo que él desee comunicar, sin dirigir la conversación ni llenar las pausas, pues no es un trabajo de conversación sino una escucha centrada en el niño
- Buscar el significado personal y específico a lo que expresa el niño, sin interpretar, ni comunicar de inmediato los significados que encuentre
- Estar pendiente de las señales no verbales del niño, pues éstas le pueden ayudar a entender lo que está sintiendo cuando está hablando o haciendo algo. Poner atención a cualquier incongruencia entre las palabras y el lenguaje corporal; esto puede representar un indicador de tensión o supresión de algún sentimiento relacionado a lo que se está representando o diciendo
- Escucharlo en el aquí y el ahora, ya que al tratar de vincular lo que el niño expresa con eventos pasados, se corre el riesgo de distraerse y distraer al menor, rompiendo la concentración de ambos. Lo anterior no quiere decir que nunca se deba de vincular el presente con el pasado, sino que es necesario buscar el momento una vez que se ha terminado la sesión; esto con la intención de conocer mejor al niño y así poder reflejarle de una manera más efectiva
- Se requiere que el terapeuta escuche sus propios sentimientos mientras se encuentra observando al niño jugar, pues de esta forma podrá tener claro lo que le pertenece a niño y lo que él le está transmitiendo. Finalmente debe preguntarse con frecuencia si es que entendió o no lo que el niño está sintiendo

Autores contemporáneos como West (1994) y Landreth y Sweeney (1997), utilizan el modelo desarrollado por Axline para sustentar su tratamiento en la premisa de que todo niño posee experiencias que están en continua transformación, donde él es el centro. El niño reacciona como un todo organizado y la manera cómo percibe y experimenta las situaciones que vive constituye su campo de realidad. Conforme el niño se va desarrollando e interactúa con el entorno, va reconociendo gradualmente una parte de su mundo privado y total (campo perceptual) como mí (diferenciado del *self*) y se forma conceptos sobre su persona, sobre el ambiente y sobre las personas con quienes se relaciona. Al igual que Axline, estos autores consideran que la base del tratamiento es la tendencia básica que existe en todo ser humano, para esforzarse por realizar, mantener y mejorar la experiencia del *self*. El comportamiento resultante es, en esencia, el esfuerzo que se orienta en función de metas y en el que influyen las emociones del niño por satisfacer las necesidades que experimenta en el campo tal y como lo percibe. Así que el mejor punto de vista para entender el comportamiento del niño es desde su marco de referencia interno.

Aun cuando en el enfoque de Axline, no se plantean objetivos concretos, Landreth (en Schaefer, 2005), sí establece objetivos terapéuticos generales, como son: ayudar al niño a desarrollar un autoconcepto más positivo; que el niño pueda asumir una mayor responsabilidad personal; se acepte cada vez más a sí mismo; además de que pueda ser más independiente y determinado para tomar sus propias decisiones. Esto será posible cuando el niño experimente, mediante la terapia, una sensación de control para afrontar y evaluar mejor las situaciones y desarrollar una fuerza interna que le genere mayor confianza en sí mismo.

Ryan y Wilson (1996, en Cattanach, 2003) consideran que en este enfoque el juego simbólico permite que los cambios tomen lugar. Consideran que hay tres cambios que suceden a través del mismo:

1. Los pensamientos y los sentimientos que anteriormente no estaban disponibles para el niño se hacen conscientes y se les da una representación simbólica.
2. El incremento en la asimilación simbólica durante la terapia cambia la organización interna de esquemas y las conexiones con otros esquemas personales se transforma.
3. Los esquemas se vuelven más flexibles en la asimilación de nuevos eventos a experiencias del pasado, esto se da como resultado del cambio en la organización mental del niño y de su conducta.

West (1996), señala que los problemas que pueden ser abordados desde la Terapia Centrada en el Niño incluyen: conducta inmadura; dificultad para relacionarse o falta de afecto; fracaso escolar; maltrato físico o sexual de niños o animales; masturbación; cambios extremos en el estado de ánimo; trastornos del sueño; trastornos de la alimentación; problemas psicosomáticos; mentir; orinarse, defecarse o ensuciarse; trastornos de aprendizaje; rehusar ir a la escuela; berrinches, brotes de violencia y retraimiento; daño a sí mismo o a otros; respuestas emocionales inadecuadas; y mutismo selectivo.

Por su parte, Landreth y Sweeny (1997) menciona que los constructos teóricos de la Terapia Centrada en el Niño no se relacionan con la edad, el desarrollo físico y psicológico o el problema que presenta el niño, sino con la dinámica interna del proceso de relación y descubrimiento que hace el menor del *self* en que es capaz de convertirse En el modelo centrado en el niño, el desarrollo se concibe como proceso de maduración que busca la transformación.

Otro modelo de psicoterapia que se desarrolla a partir de la Escuela Humanista, es el de la *Gestalt* (palabra alemana que quiere decir conjunto, configuración, totalidad o forma) es una escuela de psicología que interpreta los fenómenos como unidades organizadas, estructuradas, más que como agregados de distintos datos sensoriales. La Gestalt, que ha hecho un substancial aporte al estudio del aprendizaje, la memoria, el pensamiento y la personalidad y motivación humanas, surgió en Alemania pero se trasladó a EUA en la década de los treinta, cuando se refugiaron en ese país los psicólogos alemanes *Max Wertheimer, Wolfgang Köhler y Kurt Koffka*, quienes encontraron eco receptivo en su visión de quitar énfasis al análisis, como detrimento de los valores humanos. La influencia de filósofos como Kant, Match y Hüsserl sobre el pensamiento de los psicólogos de la Gestalt fue considerable.

Contribuciones de la Gestalt a la psicoterapia infantil

La Terapia Gestalt, fue desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial por Fritz Perls y su esposa Laura Perls, consideró que la raíz de los trastornos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de integrar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable.

Perls era psicoanalista, pero ciertas discrepancias con los métodos y teorías freudianos lo llevaron a crear su propia línea terapéutica. Las fuentes de su método pueden encontrarse en Karen Horney y Wilhelm Reich, el existencialismo (Martin Buber & Paul Tillich) y la fenomenología (Edmund Hüsserl), de donde tomó las ideas de libertad y responsabilidad, la de la inmediatez de la experiencia y la del papel del individuo en la búsqueda del significado de su vida.

Aplicó los principios de la psicología gestáltica al postular que las personas emocionalmente saludables organizan su campo de experiencia en necesidades bien definidas que les sirven de referencia a la hora de organizar su conducta. Las personalidades neuróticas interfieren con la conformación de la gestalt apropiada y no llegan a adecuarla con sus necesidades. Fritz tuvo una experiencia de kibutz en Israel que lo llevó a renovarse a sí mismo y así llegó a California, donde creó la escuela y el estilo actual de la Terapia Gestalt que pretende resolver los conflictos y ambigüedades que provienen de la dificultad para integrar las configuraciones de la personalidad.

Perls, consideró que la raíz de los trastornos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de integrar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable. Esta

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

terapia se basa en experiencias vivenciales, que ayudan a la persona a reconocer sus emociones, a través de la percepción ingenua y la experiencia inmediata.

El papel de la terapia es que la persona haga conscientes las sensaciones significativas que experimenta, tanto hacia sí mismo, como hacia su entorno, de modo que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación. La clave es enfocarse en el aquí y ahora, no en las experiencias del pasado, y una vez situados en éste se pueden enfrentar conflictos pasados o asuntos inconclusos llamadas gestaltes inconclusas hasta lograr cerrar ciclos. La mejor manera en que funciona esta terapia es cuando se realiza en grupo.

Las bases de la Gestalt son el aquí y ahora, lo obvio y la toma de consciencia (darse cuenta) de lo que la persona hace realmente en sus vidas, cómo lo hace, qué es lo que efectivamente quiere en realidad y cómo puede conseguirlo.

La propuesta de que todo lo que percibimos es el resultado de procesos organizadores, de carácter no innato, y por tanto la realidad que nos rodea no es absolutamente determinante, nos hace dueños de la libertad de percibir infinidad de realidades alterando controladamente los principios organizadores de nuestra consciencia.

Al igual que en otras terapias humanistas, como la propuesta por Rogers, la Terapia Gestalt es un enfoque holístico de la experiencia humana, asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos en curso y la consciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción.

Esta terapia moviliza el pasado vivido por cada uno y establece un contacto con el presente y un intercambio favorable con el entorno. Cambia el por qué por el cómo otorgando perspectiva y orientación.

Utiliza técnicas vivenciales, antepone la espontaneidad al control; la vivencia a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir a la racionalización; la comprensión global de los procesos a la dicotomía de los aparentes opuestos.

La Terapia Gestalt también puede considerarse como una filosofía de vida en la cual, la persona asume los valores de autorespeto y autoresponsabilidad sobre todo lo que siente, piensa y hace de manera honesta y con los pies bien firmes en la tierra, relacionándose con los demás y con su entorno de forma abierta y madura.

Este enfoque tiene amplia trayectoria en el ámbito de los adultos. Las aplicaciones hacia la infancia y la adolescencia derivan de los gestaltistas de la tercera y cuarta generación.

En torno a la enseñanza de la psicoterapia infantil a través de la Gestalt, cabe aclarar primeramente que el enfoque, desde sus inicios históricos en el trabajo de Fritz Perls y sus primeros seguidores, no marca intervenciones específicas para la aplicación de este estilo terapéutico con esta población.

Es la aportación de terapeutas ya formados en la psicoterapia Gestalt, aplicada y aprendida generalmente con adultos, quienes inquietos por trabajar con niños y adolescentes, inician un trabajo directo aplicando los fundamentos de esta teoría. Una pionera en esta tarea es *Violet Oklander*, quien en su formación gestáltica completó tres años de entrenamiento en el Instituto de Terapia Gestáltica de los Ángeles y que ha sido miembro oficial del mismo Instituto desde 1973. Gran parte del trabajo de *Oaklander* se desarrolla en el entrenamiento de profesionales, y de acuerdo a la presentación de la autora en su bibliografía, se ha dedicado a impartir numerosos seminarios, talleres y cursos para diversas instituciones de Estados Unidos, Canadá, Europa, Israel y Australia. Ha sido autora de una serie de cintas de audio y de video que se relacionan con el trabajo psicoterapéutico con niños y del libro *Ventanas a nuestros niños* publicado en 1992.

Como principal exponente e iniciadora del tratamiento infantil utilizando el modelo Gestalt, Oaklander retomó los supuestos de dicha teoría y desarrolló un modelo de terapia dirigido al desarrollo saludable del niño, al funcionamiento armónico de sus sentidos, cuerpo, emociones e inteligencia.

Para esta autora, el niño tiene que aprender a utilizar todos sus sentidos, primero para sobrevivir y después para aprender acerca de su mundo. El niño sano ejercita su cuerpo y sentidos para utilizarlos con habilidad; aprende a expresar sus sentimientos con congruencia, desarrolla su intelecto rápidamente

y descubre el lenguaje como un medio para expresar sus sentimientos, necesidades, pensamientos e ideas. Desde esta perspectiva, la salud se logra a través del desarrollo holístico constante y armónico de los sentidos, cuerpo, emociones e intelecto. Así el niño confía en él y en su fuerza interior que lo lleva a la autorrealización y a adquirir un sentido de ser en el mundo (Oaklander, 1992).

En este modelo, el juego y/o los juguetes son los medios que le abrirán al terapeuta las puertas y ventanas de la vida interior del niño. Esto quiere decir, que le proporciona esos materiales en forma de técnicas para que éste pueda expresar sus sentimientos, sea capaz de sacar lo que tiene en su interior y, de este modo, con ayuda del terapeuta podrá trabajar con ese material que estaba guardado. En este modelo no es necesario que el niño verbalice sus descubrimientos y percepciones sobre el qué y el cómo de sus comportamientos. En el caso de niños pequeños, a veces sólo basta sacar a la luz las conductas o sentimientos bloqueados que han detenido su proceso de crecimiento emocional.

La Terapia Gestáltica enfoca su atención hacia el qué y el cómo más que al por qué. *Oaklander* (1992) cree que a partir de experiencias adecuadas, el organismo puede tener una vida y un crecimiento más sanos.

La labor del terapeuta consiste en ayudar al niño a darse cuenta de lo que está haciendo y qué realmente le causa insatisfacción, de tal manera, que se promueva en él la elección del cambio (Chávez, citado en Hernández, 2008). El trabajo con el niño puede o no ser directivo, todo depende de lo que se necesite trabajar para el beneficio del menor.

Es así que dentro de este enfoque terapéutico cada terapeuta cuenta con su propio estilo de trabajo, donde se combinan aptitud, conocimiento, y experiencia (Hernández, 2008). *Oaklander*, ha trabajado este modelo desde hace 32 años y ha generado un proceso terapéutico que corresponde a la teoría y práctica de la Gestalt. Este proceso consta de los siguientes componentes:

- Desarrollo de la relación
- Evaluación y establecimiento del contacto
- Fortalecimiento del sentido del sí mismo y de la estabilidad del niño
- Incitación de la expresión emocional
- Ayudar al niño a fomentar el sí mismo
- Concentrarse en el proceso del niño
- Finalización de la terapia

Relación yo/tú

Comprende la unión de dos personas que son iguales en derechos. Esto quiere decir que el terapeuta no es una mejor persona o que es más importante que su paciente; más bien su papel es comprometerse e involucrarse completamente con su paciente en las sesiones, debe ser genuino y congruente además de respetar a sus pacientes y permitirles presentarse a sí mismos sin manipulación ni juicio. Sin embargo, requiere no perder de vista el potencial de salud del paciente. El terapeuta no elabora expectativas sobre las sesiones, pues cada una de ellas se constituye en una experiencia existencial. Es importante que no se presione al niño más allá de su capacidad o disposición y siempre tiene que procurar crear un ambiente de seguridad (Oaklander, en Schaefer, 2005).

Contacto y resistencia

El contacto se refiere a la capacidad para estar presente por completo en una determinada situación. El contacto saludable permite la expresión de emociones así como el uso del intelecto (aprendizaje, expresión de ideas, pensamientos, deseos y necesidades, al igual que aversiones y resentimientos). Cuando alguna de las formas se bloquea o inhibe, no ocurre un buen contacto lo que lleva a una fragmentación que impide un funcionamiento integral ocasionándole problemas al niño. El terapeuta es el encargado de encontrar los medios para que el niño mantenga algún contacto.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

La resistencia se refiere a las perturbaciones en los límites de contacto, es decir, cuando los niños buscan sobrevivir, en ocasiones inhiben, bloquean, reprimen y restringen varios aspectos del organismo (sentidos, emociones, cuerpo, intelecto) generando interrupciones del proceso natural de autorregulación. Ante las necesidades (físicas, emocionales, intelectuales), el organismo experimenta incomodidad hasta que éstas quedan satisfechas.

Fortalecimiento del *self*

Los niños necesitan apoyo dentro del *self* para que puedan expresar las emociones obstruidas. Las cuales se bloquean como consecuencia de la vivencia de algún trauma y los niños no saben cómo expresarlas. Como parte de su proceso de desarrollo, los niños tienden a culparse a sí mismos por cualquier trauma que presenten, además asumen muchos sentimientos y conductas negativas que han introyectado. Todo esto provoca una fragmentación que inhibe el crecimiento y la integración saludables; lo que da como resultado una actitud de menosprecio, así como baja autoestima. Cuando el terapeuta ayuda al niño a fortalecer su *self*, éste logra una sensación de bienestar así como una percepción positiva de él, lo que, también les da la fortaleza interna para expresar aquellas emociones que permanecen ocultas.

Expresión emocional y energía agresiva

La energía agresiva es más que una sensación de poder interno, implica acción. Los niños con problemas están confundidos por este tipo de energía, ya sea que la repriman o la expresen más allá de sus propias fronteras. Cuando esto sucede, el trabajo del terapeuta es ayudar a los niños a sentir esa energía a partir de un lugar sólido dentro de sí mismos y al sentirse cómodos con esas sensaciones podrán expresar las emociones reprimidas. Para ayudar a los niños a expresar sus emociones reprimidas se utilizan muchas técnicas creativas, expresivas y proyectivas en el proceso terapéutico. En algunos casos, los niños necesitan primero expresar sus emociones en un sentido cognitivo a través de la verbalización de sus sentimientos, enlistarlos y dibujarlos.

Autoformación

Éste es un proceso que busca que los niños sean capaces de aprender a aceptar las partes de su personalidad que repudian o no les gustan de ellos mismos, el abordar estas características, y los sentimientos que le generan, ayudará a que el niño sea capaz de integrar mejor su personalidad y autoestima. En este proceso se enseñan habilidades para aceptarse, quererse y tratarse bien a sí mismos.

Enfoque sobre el proceso del niño

La Terapia Gestalt se enfoca en las conductas inadecuadas del niño, para proporcionarle la oportunidad de experimentar el sí mismo de manera holística dentro de su propio proceso. Entonces el niño y el terapeuta planean actividades que le permitirán experimentar el *self* bajo un nuevo enfoque.

Finalización de la terapia

La conclusión de la terapia se da cuando el niño ha logrado un estado de homeostasis y satisfacción.

El modelo de la Terapia Gestalt, al igual de el modelo de la Terapia Centrada en el Niño, que emergieron del pensamiento de la Escuela Humanista, establecieron lineamientos y técnicas

de intervención de acuerdo a una concepción filosófica del existencialismo, cuyos principales representantes son: *Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Marcel, Sartre y Husserl* a éste último se le reconoce como el creador del Método Fenomenológico.

La Terapia Gestalt, más que una teoría de la psique, es un abordaje terapéutico y una filosofía de vida que prima la consciencia (*awareness*) [darse cuenta], la propia responsabilidad de los procesos en curso y la fe en la sabiduría intrínseca del organismo (la persona total) para autorregularse de forma adecuada en un medio cambiante.

La Terapia Gestalt ha tenido una amplia aceptación en Europa, EUA y en Latinoamérica, sobre todo porque ha desarrollado una serie de técnicas de juego bien sistematizadas para trabajar con niños pequeños y adolescentes; algunas se encuentran documentadas en el libro de *Ventanas a nuestros niños* de *Violeta Oakander*. Estas técnicas van desde el uso del dibujo y la fantasía, el uso de diferentes materiales (masa, arcilla, agua, cartas de tarot y el arenero, entre otros), hasta el manejo de títeres y las narraciones y dramatización. Las técnicas están encaminadas para trabajar, la experiencia sensorial, la intuición, los sentimientos, la relajación la meditación y el movimiento corporal.

Aunque existen muchas escuelas que imparten los conocimientos sobre la Terapia Gestalt con niños y adolescentes, son pocas las obras publicadas sobre el tema. Además del famoso libro de Violeta Oklander, en España la Dra. Loretta Cornejo, ha trabajado en el Centro Umayquípa de Madrid con esta modalidad de manera muy profesional y ha publicado tres libros sobre el tema, éstos son: *Manual de Terapia Infantil Gestáltica* (1997), *Cartas a Pedro*, *Guía para un psicoterapeuta que empieza* (2000) y *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes* (2007).

Las bases sentadas de las terapias Humanista, Centrada en el Niño y Gestalt, además de utilizar los principios y técnicas de la Cognitivo-Conductual y la Terapia Familiar, dieron la pauta para que los doctores Bernard y Louise Guerney crearan la Terapia Filial a principios de la década de los sesenta, como un tratamiento para niños con una variedad de problemas emocionales y de adaptación.

Contribuciones de la Terapia Filial a la psicoterapia infantil

La Terapia Filial es única porque hace que sean los padres quienes principalmente apliquen la terapia de juego centrada en el niño (Axline,1969) a sus propios hijos. Un terapeuta entrenado en esta técnica enseña a los padres a actuar de manera independiente en la función terapéutica y durante el curso de las sesiones de juego los supervisa. (Guerney, L. en Schaefer, 2005). Lo esencial en la Terapia Filial es que los padres sirvan como agentes de cambio primarios de sus propios hijos durante todo el curso de tratamiento.

De la aplicación de esta técnica se derivan dos planteamientos teóricos. En primer lugar, la Terapia Centrada en el Niño de Virginia Axline (1947, 1969) que es el fundamento teórico de las sesiones de juego y el método de enseñar a los padres se deriva de la teoría del reforzamiento propuesta por Skinner (1953).

Cuando la Terapia Filial se emplea para fines clínicos, es necesario realizar algún tipo de procedimiento de inducción. Además de los procedimientos de diagnóstico y orientación que utilizan los clínicos en el tratamiento infantil, se requiere valorar la conveniencia de abordar los problemas que presenta el menor con el modelo de la Terapia Centrada en el Niño y la capacidad de los padres para participar como agentes de cambio primarios.

Los niños de entre 3 y 10 años de edad son idóneos para este tipo de modalidad terapéutica. Aunque también es posible tratar con Terapia Filial a niños menores de tres años, ya sea que ellos presenten algún tipo de problema emocional o que se les involucre por tener un hermano que necesite el tratamiento. La claridad del lenguaje no es necesaria ya que sólo se requiere que el niño sea capaz de comunicarse para que el terapeuta o el padre lo entiendan y le respondan. Con este tratamiento, es factible que participen niños con problemas verbales o auditivos. También puede incluirse a niños

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

con deterioros físicos o mentales, por ejemplo, con trastornos de desarrollo predominantes (no autistas). Sólo hay dos categorías de niños a los que no es posible dar este tratamiento: aquellos con comportamientos autistas extremos y los que padecen esquizofrenia al grado de carecer de la lucidez suficiente para que un adulto les responda.

Antes de que los padres empiecen a jugar con sus propios hijos, en el espacio asignado a la terapia se realizan con ellos sesiones a manera de práctica en las cuales interactúan el terapeuta y uno de los padres como lo harían padres e hijos en una sesión de juego.

Guerney (2000) considera que la Terapia Filial es efectiva para prevenir e intervenir en problemas como el trastorno oposicionista desafiante, divorcios, familias reconstruidas, adopción, trastorno por déficit de atención, entre otros. Recalca que este tipo de terapia ha mostrado ser útil en niños y familias de diferentes culturas, y sobre todo, ha permitido disminuir el costo económico y de tiempo del tratamiento psicológico del niño.

Las investigaciones demuestran que después de implementar la Terapia Filial, padres y profesores reportan que los problemas de conducta por los que son referidos los niños disminuyen significativamente, sobre todo aquellos que tienen que ver con la agresión y los conflictos con los padres, compañeros y otros. Además se observa una disminución en los síntomas físicos y conductuales. También se ha encontrado que el desarrollo general de los niños se acelera porque mejoran en su autorregulación emocional, en el desarrollo de patrones normales de juego, en su rendimiento académico y en su autoestima (Santiago, 2007).

La Terapia Filial es la primera aproximación que en su método de tratamiento, integra, corrientes teóricas muy disímiles, como lo son la Terapia No Directiva Centrada en el Niño y un modelo de Terapia Directiva Cognitivo-Conductual.

Como es posible observar en este bosquejo histórico, desde los primeros psicoanalistas se ha considerado la importancia de la participación de los padres y/o cuidadores principales de los menores en el proceso; sin embargo, cabe señalar que a pesar de ello siempre fue marginal dentro del proceso de psicoterapia. El mérito del modelo de Terapia Filial es el integrar a los padres como parte activa del proceso.

Por la relevancia que tiene la familia para la resolución de problemas, en la década de los noventa dentro de la psicoterapia familiar sistémica y con las terapias posmodernas aparece una nueva propuesta para el tratamiento de las dificultades emocionales, que actualmente ya ha sido evaluada y se utiliza en gran parte del mundo occidental; se trata del Abordaje Narrativo. Este modelo de tratamiento le resta peso a la tradicional relación terapeuta-paciente y trata el concepto de identidad personal como una construcción social fluida. A la Terapia Narrativa también se le denomina la tercera fuerza, ya que la técnica representa un cambio fundamental en la práctica de la psicoterapia.

Contribuciones de la Psicoterapia Narrativa a la Psicoterapia Infantil

Michael White y David Epston originarios de Adelaida, Australia, el primero, y de Auckland, Nueva Zelanda, el segundo. Son co-autores de lo que actualmente se conoce como Narrativa. White es director del *Dulwich Center*, en cuyo boletín se han publicado los trabajos germinales en este campo, los cuales se consideran parte del post-estructuralismo.

Los autores Bateson y Foucault influyeron en White para el desarrollo de las concepciones teóricas que subyacen a la Narrativa. El primero ha contribuido de manera central en el desarrollo de la terapia familiar por lo que muchos autores en este campo lo citan como la fuente de ideas germinales; entre ellos, el Grupo de Palo Alto (Weakland, Jackson, Haley, Watzlawick & Fisch) y el Grupo de Milán (Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceechin & Prata), entre otros. Las ideas de Bateson, recogidas por White, se relacionan con el método interpretativo, la explicación negativa, las restricciones, la descripción doble (White, 1994, en Campillo, 1996).

White desarrolló el concepto de restricciones como el concepto receptivo compuesto por las premisas, expectativas y presuposiciones que crean los miembros de la familia como su mapa del mundo, con el cual establecen reglas de selección de información acerca de los objetos y eventos percibidos. Los hechos o acontecimientos se interpretan de acuerdo con el contexto receptor (red de premisas y supuestos) que permite conformar un mapa de la realidad.

El constructivismo estudia la relación entre el pensamiento y la realidad (epistemología). Postula que el individuo no es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad y que sólo puede construir un modelo aproximado que se ajuste a ella, como un mapa; así, este mapa no es el territorio (Packman, 1991, en Campillo, 1996).

En la psicoterapia, donde por excelencia continuamente se negocian significados, lo importante, desde una postura postestructuralista, no es descubrir lo real de lo que pasa, sino analizar cómo la historia personal capturada en un discurso crea una visión de la realidad saturada por el problema, que excluye o descarta otras experiencias. Si éstas fueran tomadas en cuenta, aportarían elementos para una historia alternativa, no saturada del problema.

Ésta es la tarea que la Terapia Narrativa propone como alternativa psicoterapéutica: la construcción de historias diferentes.White plantea que: "Las historias que crean las personas sobre sus vidas determinan tanto la atribución de significado a sus vivencias, como la selección de los aspectos de la experiencia que van a expresarse; estos relatos son constitutivos o moldeadores de la vida de las personas" (White & Epston, 1993).

No sólo las historias que las personas tienen de su vida condicionan el significado que se le da a la experiencia; también su historia señala a qué aspectos de su vida hay que enfocarse. La Terapia Narrativa no concentra toda la vida, pero sí la organiza y le da significado.

Las historias que las personas tienen de su vida determinan el significado que dan a su experiencia. El proceso de transformación de la experiencia en historia es necesario para asignar sentido a la vida y darle coherencia, continuidad y un propósito.

La terapia es el proceso de seguir interviniendo en una conversación con la intención de facilitar/co-crear/co-escribir una nueva narración, junto con los participantes sin imponerles una historia. El punto de partida es siempre el relato acerca de su comprensión del mundo, dentro del contexto de la conversación terapéutica en que el niño le cuenta algo al terapeuta como observador/participante. Así el niño genera una dinámica relacional que le posibilita un afrontamiento más funcional del evento estresor.

La Terapia Narrativa para Niños (Freeman, Epston & Lobovitz, 2001) constituye un acercamiento a los conflictos y problemas de los menores de una manera más beneficiosa para su propio desarrollo, ya que lo novedoso y propio de las técnicas que se utilizan radica en el hecho que se trabaja ajustándose a las formas de expresión más propias de la infancia. De esta manera, los niños al ver que el profesional está dispuesto a ayudarlos a superar una determinada dificultad en su vida cotidiana por medio del juego y el uso de la fantasía e imaginación, se sienten más comprendidos, les agrada más la terapia y presentan mayor motivación para trabajar en sus dificultades. En el fondo, la Terapia Narrativa entrega la responsabilidad y mérito en la resolución de los problemas a los mismos niños que se supone son el problema.

En este punto es donde radica una de las diferencias fundamentales entre la Terapia Narrativa y otras psicoterapias para niños; las cuales aluden a que, por lo general, el niño que acude a psicoterapia tiene sobre sí una etiqueta bastante negativa y vergonzosa que, además, debilita su autoconcepto y autoestima.

Muchos niños, de todas las edades y niveles socioculturales, ven alterada la conformación de su identidad ya que, como todos los seres humanos se ven reflejados en lo que los demás piensan y dicen acerca de ellos y se convencen a sí mismos por ejemplo, de que son flojos, tontos, peleoneros, desagradables, entre otros apelativos; porque esto es lo que escuchan de sus padres y profesores. Sin embargo, la Terapia Narrativa pone especial énfasis en exteriorizar el problema y, de esta forma, separarlo de la persona que lo sufre.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En otras palabras, el niño que está acostumbrado a ser tachado de flojo en los estudios, dentro de una Terapia Narrativa puede redefinirse a sí mismo, separando de su *self* en el problema (en este caso el ser flojo). Así, este niño podrá considerarse a sí mismo como una víctima de la flojera y, por medio de sus propias ideas, juegos y fantasías, podrá encontrar y poner en marcha alguna solución que le permita vencer esta situación que lo hace quedar mal con los demás y no le permite estudiar como él quisiera.

El lenguaje metafórico con el cual se personifica a las características o problemas de los niños, a pesar de ser un tanto extraño para los adultos, resulta bastante cómodo, familiar y es comprendido por los pequeños, ya que mientras más corta edad tengan los niños, mayor es el espacio que ocupa la fantasía en sus vidas. De esta forma, la exteriorización de los problemas y de su tratamiento por medio del juego y la fantasía, da como resultado que el niño se motive más para trabajar sus dificultades, porque las comprende mejor al ganarle una competencia al monstruo de la flojera y no tener que estudiar matemáticas porque sus papás y la maestra lo obligan.

Freeman, Epston y Lobovitz (2001) consideran que cuando un niño exterioriza sus problemas, logra separarse de éste, con lo que se abren innumerables posibilidades de afrontamiento y resolución de los conflictos. Esto se debe principalmente a que, por medio de la exteriorización, se entra en su mundo de relaciones ya que se observa que para el chico la exteriorización es como jugar a.... De esta forma, el niño juega a adoptar diferentes personajes y ponerse en diversas situaciones, con lo que puede expresar cualquier pensamiento o idea que cruce su mente, porque en el fondo sólo está simulándolo. Entonces, por medio de la exteriorización del problema, el niño se puede hacer más responsable de su propia identidad y sus conductas, lo que lo lleva a estar en mejores condiciones para vencer sus dificultades.

Otro punto clave de la Terapia Narrativa tiene relación con la importancia de la creación y narración de historias personales y relacionales en la terapia que fundamentalmente sean historias de esperanza. Cuando los padres llegan a la terapia desesperados y obsesionados por el problema, narran historias que giran en torno al conflicto del niño y la familia sin tomar en consideración otros aspectos de la situación. Es decir, las historias saturadas del problema sesgan las percepciones de la realidad y llevan a que los padres consideren sólo la información y los hechos que confirman sus ideas acerca de la maldad, desobediencia, etc., de su hijo. Más aún, los relatos centrados sólo en los problemas limitan las posibilidades de acción de las personas y le quitan la esperanza al niño y a quienes lo rodean de poder estar mejor en la vida.

Por esta razón, en la Terapia Narrativa se intenta llevar a cabo una conversación exteriorizadora con la familia que permita delimitar el problema, reconocer los intentos de solución de éste y los éxitos o fracasos en estos intentos. Lo que se busca es encontrar en el relato de las personas las cualidades y virtudes que ellos sienten como destacables, además de los caminos que perciben para poder llegar al estado que desean alcanzar; se trata de que la familia alcance ese nivel de esperanza que se necesita para movilizarse en busca de una solución. De esta forma, se intentará encontrar historias alternativas que reflejen las virtudes, cualidades y habilidades de los miembros de la familia, que muestren la riqueza de sus vidas, de lo que quieren y pueden llegar a ser.

La Terapia Narrativa es un medio para tratar los problemas que aquejan a los niños de una manera que sea más cercana a ellos, al utilizar sus propias formas de expresión (el juego, la fantasía, etc.), con un lenguaje que entienden, que les permite tomar las decisiones para cambiar y poder llegar a ser lo que sueñan, sin ver obstaculizado su desarrollo por los conflictos que tienen en su vida interpersonal ni por los constantes reproches y la estigmatización que los mayores suelen hacer sobre los niños cuando no cumplen con sus propias expectativas.

Por medio del juego, los niños pueden resolver por sí mismos sus problemas de una manera lúdica y gratificante, lo que repercutirá en su desarrollo integral. Como se puede apreciar, esta modalidad terapéutica, cambia radicalmente el foco de las terapias tradicionales, no enfatiza la enfermedad y es muy diferente a la Terapia Centrada en el Niño, ya que lo que se trabaja es el problema con la persona de manera que ésta pueda tener más recursos para afrontar los problemas y situaciones estresantes.

En este punto, como lo señala Opazo (2001), puede observarse cómo durante más de 100 años, los psicoterapeutas han venido desarrollando diversos enfoques o escuelas. Cada uno de éstos ha venido enfatizando diferencialmente y en detrimento de las otras corrientes, algún aspecto de la dinámica psicológica, determinadas áreas de conocimiento y ciertas estrategias clínicas. Es así como el enfoque psicodinámico ha enfatizado el rol del inconsciente en la génesis de los desajustes psicológicos, y el hacer consciente lo inconsciente en la superación de esos desajustes. El enfoque conductual ha resaltado el rol del ambiente en la génesis de los desajustes psicológicos y el papel de los cambios en las contingencias ambientales en su resolución. Por su parte, para el enfoque familiar humanista sistémico, lo esencial ha sido el desarrollo personal y las reglas de funcionamiento de los sistemas psicosociales relevantes para la persona y así sucesivamente.

Los primeros años de la evolución de la psicoterapia tienden a mostrar un perfil característico. Un investigador o un terapeuta notable – léase Freud, Skinner o Rogers, etc. – generan una teoría y proponen una forma de accionar frente a los pacientes. Lo habitual ha sido que cada enfoque emergente aporte elementos explicativos de un segmento de la dinámica psicológica. Sin embargo, a partir de éste, se ha pretendido explicar demasiado y cambiar múltiples aspectos del paciente: "La represión es la causa de todos los problemas neuróticos" (Freud, 1948) o bien "Las causas de la conducta son las condiciones ambientales externas de las cuales la conducta es una función" (Skinner, 1953). Aunque estas citas monocausales puedan considerarse fuera de contexto, no resulta exagerado el señalar que la tendencia al reduccionismo sea hacia lo simple o bien hacia lo complejo ha teñido en gran medida la evolución de la psicoterapia.

En su momento de auge, cada enfoque emergente ha prometido que logrará en sus pacientes cambios sustanciales y superiores a los logrados por los enfoques alternativos. Es así que las discusiones entre psicoanalistas, conductistas, cognitivistas, gestálticos, sistémicos, etc. han ocupado un amplio espacio en el devenir de la psicoterapia. Sin embargo, si frente a los pacientes todos obtienen resultados comparables, cabe preguntarse acerca de la utilidad de tan prolongadas y ácidas discusiones. ¿Para qué discutir tanto si el resultado de todos frente al paciente será modesto y si en los grandes números todos tenderán al empate?

A su turno, cada enfoque tradicional se ha visto forzado a moderar su optimismo inicial, se ha visto obligado a prometer menos y aunque pocos lo reconozcan abiertamente sus respectivas teorías se han mostrado reduccionistas e insuficientes. A través de los años, los pacientes no se han dejado reducir a las teorías existentes, han mostrado ser complejos, difíciles de estudiar y poco abordables por teorías tradicionales que sólo logran explicar un segmento de la dinámica psicológica. Y, lo que es peor, los pacientes se han venido negando a cambiar suficientemente en el marco de estas teorías (Opazo, 2001). En los hechos, la multiplicidad de enfoques psicoterapéuticos configura un perfil muy semejante al de las escuelas filosóficas, de las que la psicología quiso alejarse hace ya más de un siglo.

Sin embargo, es innegable que a través de los ya 100 años de historia de la psicoterapia, el talento, la abnegación y la perseverancia de los psicoterapeutas se ha manifestado de diferentes maneras. Entre otras, en la génesis de conceptos y de paradigmas, en el desarrollo de categorías y de instrumentos de diagnóstico, en la elaboración de eficientes técnicas de cambio de síntomas específicos, en el desarrollo de diversas líneas de investigación. Al momento de realizar análisis críticos no es posible desmerecer el valor de los esfuerzos desplegados a través de los años por terapeutas de las más variadas orientaciones (Opazo, 2001).

De estas disertaciones sobre el análisis histórico de la práctica terapéutica, nace la Psicoterapia Integrativa, que puede ser considerada como una especie de síntesis entre la aproximación vía enfoque tradicional y la aproximación ecléctica, en la medida que procura nutrirse de lo mejor de cada una de las posturas teóricas. La Psicoterapia Integrativa toma de los enfoques la necesidad de delimitar una teoría guiadora, aún cuando procura ampliar horizontes, de aunar fuerzas de cambio y de cultivar la tolerancia, aún cuando introduce estrictos criterios de selección del conocimiento y estrictos criterios para ir ordenándolo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Contribuciones de la Terapia Integrativa a la psicoterapia infantil

Actualmente la mayoría de los profesionales clínicos selecciona aspectos de diversos modelos, más que adherirse con estrechez a uno solo identificándose como integradores o eclécticos. El terapeuta ve las necesidades del niño desde múltiples perspectivas y desarrolla un plan de tratamiento que responda a aspectos particulares. Algunos casos pueden implicar un enfoque en la familia, otros requieren un análisis más detallado del desarrollo, etc.

La Psicoterapia Integrativa pretende nutrirse de la investigación y de la experiencia clínica, para generar una teoría más completa, capaz de respaldar un accionar clínico más efectivo.

Entre los desafíos que debe enfrentar una Psicoterapia Integrativa es posible destacar los siguientes:

- Asumir un adecuado punto axial como lo llamaba Jaspers, es decir un punto de observación tranquilo y amplio, que permita acceder a la observación de los 360 grados de la dinámica psicológica
- Aportar sistematización y orden al panorama de creciente desorden que presenta la psicoterapia
- Privilegiar el conocimiento y al paciente por encima de sectarismos y dogmatismos
- Establecer criterios epistemológicos claros y compartidos acerca de los alcances del conocimiento en psicoterapia, y acerca de qué se considerará un conocimiento válido

Para la Psicoterapia Integrativa, existen tres formas en las cuales los profesionales clínicos integran el modelo terapéutico: eclecticismo técnico, integración teórica y modelo de los factores comunes.

Eclecticismo técnico: estos terapeutas no se afilian a modelos teóricos particulares, sino que están dispuestos a reconocer que una técnica particular es efectiva para cierto tipo de problema.

Integración teórica: implica la formulación de un modelo terapéutico que une modelos divergentes consistentes con el propio trabajo clínico. En cierta forma el profesional clínico está desarrollando su propio modelo por medio de una síntesis conceptual de las contribuciones de modelos previamente establecidos.

Modelo de factores comunes: el profesional clínico desarrolla una estrategia al estudiar los ingredientes centrales que diversas terapias comparten y al elegir los componentes que han demostrado, con el paso del tiempo, ser los contribuyentes más efectivos para los resultados positivos en psicoterapia. Factores comunes más que técnicas específicas hacen que la psicoterapia funcione. Se considera que la alianza de trabajo es el componente clave de la psicoterapia.

La característica principal de un modelo integrativo es que no es rígido, está abierto al cambio y a una búsqueda constante de nuevos conocimientos, puede tolerar la incertidumbre y procura tener la suficiente agudeza y flexibilidad para rectificar, integrar y cambiar.

El término integrativo se refiere a la integración de la teoría, desarrollo afectivo, cognitivo y fisiológico, así como el comportamiento. La Psicoterapia Integrativa interrelaciona constructos procedentes de muchas escuelas teóricas. Para que una teoría sea integrativa, como oposición al hecho de ser meramente ecléctica, debe separar aquellos conceptos e ideas que no son teóricamente consistentes para conformar un núcleo coherente de constructos que den información y guíen el proceso terapéutico.

Para el enfoque integrativo se hace imprescindible la relación, es decir el contacto de las transacciones y comunicación entre dos personas. La técnica más efectiva sería inútil a menos de que el terapeuta y el niño estén aliados en una relación de trabajo de colaboración. La relación del terapeuta debe ser empática con la experiencia subjetiva del niño; es esencial que el terapeuta comprenda la necesidad única de cada niño que atiende.

El terapeuta parte de la premisa que no sabe nada acerca de la experiencia del paciente y por lo tanto, debe esforzarse continuamente por entender el significado subjetivo del comportamiento del niño y

sus procesos intrapsíquicos. El terapeuta ha de estar abierto al descubrimiento del niño a través de una exploración respetuosa de la experiencia. El niño comienza a ser consciente tanto de las necesidades arcaicas como de las actuales así como de sus sentimientos y comportamientos. El objetivo es que el terapeuta y el niño descubran y distingan juntos las funciones de procesos intrapsíquicos y dinámicas de las defensas, tomando en cuenta siempre tanto los límites del niño como los del terapeuta y los del proceso mismo (ritmo de trabajo), así como del macrosistema (escuela, amigos, actividades y otras personas) y del microsistema (familia nuclear y extensa).

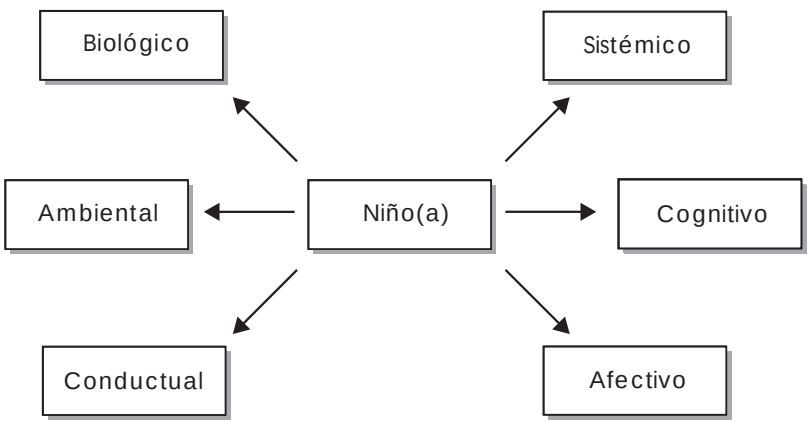
En el siguiente cuadro se esquematizan los factores que la Psicoterapia Integrativa toma para establecer una meta terapéutica y sistematizar el trabajo como el menor:

A continuación se enlistan los principales postulados de la Terapia Integrativa:

- Es consistente
- Es un proceso interpersonal
- El diagnóstico integral es considerado crucial en términos de predicción de evolución clínica y en términos de selección de estrategias clínicas
- Los objetivos terapéuticos son esclarecidos y acordados con el paciente y sus padres.
- El cambio clínico será diferente en función de la parte específica del sistema que sea influenciada (padres o cuidador principal)
- Cualquier cambio específico de una parte del sistema tiende a irradiarse en el sistema total
- Cualquier cambio en el sistema total tiende a afectar cada parte del sistema psicológico del niño
- Las variables inespecíficas (en ocasiones para los papás) van adquiriendo especificidad en el marco de la Psicoterapia Integrativa
- Los principios de influencia (el terapeuta) aportan especificidad a la psicoterapia integrativa
- El eje de la psicoterapia infantil es la traducción de la experiencia
- El desarrollo de cada sistema tiene efectos preventivos
- Es un proceso creativo sobre bases científicas

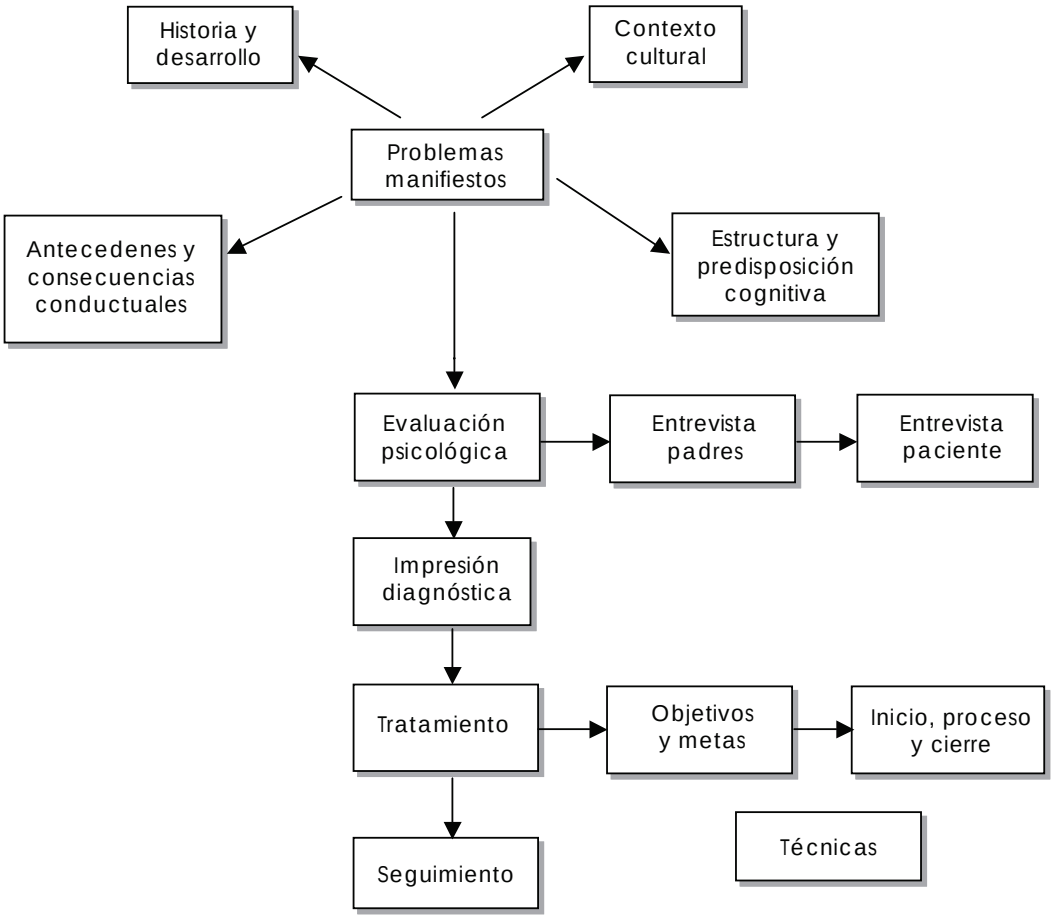
La Terapia Integrativa se puede considerar dentro de un modelo ecosistémico, ya que considera al individuo como un sistema complejo donde se integran lo biológico, afectivo, cognitivo y conductual, que se desarrolla en interacción con un ambiente específico familiar y sociocultural en un determinado tiempo histórico.

Desde esta perspectiva, antes de iniciar el tratamiento, en la historia clínica se deben recabar los datos de quién es la persona desde los aspectos genético, biológico y evolutivo, hasta el ambiente (micro y macrosistema) en el que el niño está inmerso. El problema se valora en todas sus dimensiones a través



Cuadro 1-1. Modelo ecosistémico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.



Cuadro 1-2. Conceptualización de un caso clínico.

de las entrevistas con los padres y con el menor, además se utilizan diversas técnicas psicológicas para evaluarlo y en su caso, emitir un diagnóstico que permita abordarlo.

De esta manera, para llevar a cabo el tratamiento es necesario partir de una impresión diagnóstica que permita establecer objetivos y metas en función del problema. El tratamiento se considera un proceso desde el inicio hasta el cierre en el que se emplean diferentes técnicas para el logro de los objetivos. Los cambios que se den en torno al problema motivo de la consulta, necesariamente tienen que ser evaluados y mantenidos en el tiempo, por lo que se establece una fase de seguimiento para ver la evolución del problema y los efectos del tratamiento.

PAPEL DE LA PSICOTERAPIA INFANTIL CON JUEGO

Como se puede apreciar en esta reseña histórica sobre la psicoterapia infantil, a través del tiempo se han desarrollado diferentes modelos teóricos, que podrían parecer muy disímiles en el abordaje de los problemas psicológicos que puedan presentar los niños y adolescentes; sin embargo, es posible encontrar semejanzas, ya que para el tratamiento en todas estas aproximaciones se toman en cuenta

el desarrollo socio-emocional del menor y la manera en la cual las dificultades afectivas se traducen en problemas focalizados o síntomas; los que constituyen una preocupación para los padres o adultos encargados de los menores, por las consecuencias que esto pueda tener en el desarrollo armónico de la personalidad y vida de relación del niño o el joven.

Por otro lado, aun cuando el tratamiento pudiera ofrecerse de manera muy diferente de acuerdo a la modalidad teórica que se utilice, las emociones son fuerzas muy poderosas y tienen una gran energía; por lo que constituyen el motor más importante de la conducta del ser humano. En este sentido se requiere tener un conocimiento actualizado sobre el desarrollo socio-emocional normal y las consecuencias de las alteraciones emocionales, lo cual se abordará en el capítulo dos de este libro.

Para el tratamiento de los infantes es importante también considerar que la utilización del juego de diferentes maneras como técnica de intervención es otra variable que aparece constante en todos los modelos expuestos, desde los primeros psicoanalistas hasta los terapeutas posmodernos. La importancia del juego en el desarrollo socioemocional se tratará más ampliamente en el capítulo tres. El último capítulo, que podría considerarse como el más importante en esta obra, es la recopilación de nueve casos clínicos en donde diferentes terapeutas exponen su trabajo en psicoterapia infantil de manera sistematizada, aunque trabajaron diversos motivos de consulta en niños escolares, utilizando diversas técnicas de juego y modelos teóricos.

Después de treinta años de práctica y enseñanza de la psicoterapia infantil, la autora considera que el tratamiento tiene como objetivo final el que los menores puedan obtener estrategias de autorregulación de sus emociones y conducta que les permitan tener un desarrollo socioemocional armónico y adaptado para manejar las diferentes situaciones de vida en los ámbitos donde se desenvuelven.

El poder autorregularse emocionalmente implica que las personas tengan menos estrés y conflictos y puedan esperar por la gratificación; lo que favorecerá el desarrollo del *self,* que les permitirá ser capaces de ponerse metas, planear y anticipar las consecuencias de sus acciones, afrontar retos, vencer dificultades y tomar iniciativas con seguridad, así como reconocer los propios sentimientos y tomar en cuenta los sentimientos de los demás.

REFERENCIAS

Anzieu, A., Anzieu, P. & Daymas, S. (2001). *El juego en psicoterapia del niño*. Madrid, España: Biblioteca Nueva, pp. 288.

Axline, V. (1947). *Play therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Axline, V. (1969). *Play Therapy* (ed. rev.). New York: Ballantine Books.

Axline, V. (1964) *Dibs in search of self*. New York: Ballantine Books.

Axline, V. (1975) *Terapia de Juego*. México: Diana.

Bierman, G. (1973) Tratado de psicoterapia infantil (cap. 1, pp. 17-31). Barcelona, España: Espaxs. En Castillejo, A. & Alba, M. (1985).*Compendio de psicoterapia infantil.* México: Universidad de Guadalajara.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona, España: Paidós:.

Brazelton, T. & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires, Argentina:.Paidós:.

Campillo, M. (1996). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. *Revista del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, 1,* 193-208.

Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy*. Inglaterra: Taylor & Francis.

Cornejo, L. (1997) *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Desclée De Brouwer.

Cornejo, L. (2000) *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* España: Desclée de Brouwer.

Cornejo, L. (2007) *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes*. España: Desclée de Brouwer.

Drabman, R., Spitalnik, R. & O'Leal'y, K. (1973). Teaching self-control to disruptive children. *Journal o/ Abnormal Psychology, 82*, 110-116.

Eysenck, (1952) . The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*(5), 319-324.

Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños.* País? Paidós Ibérica.

Freud, A. (1927). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Imán.

Freud, A. (1931). *Psicoanálisis para pedagogos*. México: Paidós.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Freud, A. (1927). *Introducción a la técnica del análisis en niños*. Buenos Aires: Ediciones Imán.
Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. *Obras Completas*, 2: 658-715. Madrid: Biblioteca Nueva.
Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual, *Obras Completas* (3ª. ed., vol. II). Madrid, España: Biblioteca Nueva, 1169-1237.
Freud, S. (1911). Los dos principios del funcionamiento mental, *Obras Completas* (3ª ed.), Madrid: Biblioteca Nueva,
Freud, S. (1948).*Obras completas* (tomo I). Madrid: Biblioteca Nueva
Guerney, L.(2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy, (9)*, 2, 1-17.
Hernández, L. (2008). *Análisis comparativo de cinco modelos teóricos de psicoterapia de juego.* Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM..
Kazdin, A. (1975). *Behavior modification in applied setting*. Homewood, IL: Dorsey.
Klein, M. (1927). Simposium sobre análisis infantil. En *Contribuciones al psicoanálisis* [1921-1945]. Buenos Aires, Argentina:Hormé.
Knell, S. (1994). Cognitive-behavioral play therapy . En K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy: Advances and Innovations* (vol. 2, pp. 111-142). New York:Wiley.
Landreth, G., & Sweeny, D. (1997). Child-centered play therapy. En K. O'Connor & L. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice* (pp.11-45). New York: Wiley.
López, M. & León, N. (2001).Historia y orientación del tratamiento psicoanalítico de niños y adolescentes. En Salles, M. (Ed.). *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes* (2ª ed.). México: Plaza y Valdéz, 19-60.
Lovitt, T. & Curtis, K. (1969). Academic response rate as a function of teacher-and self-imposed contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 2,49-53.
Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
O'Connor, K., & Schaefer, C. (1998). *Manual de Terapia de Juego*. México: El Manual Moderno.
Oliva, A. (1995). Estado actual de la Teoría del Apego. *Apuntes de Psicología, 45, 21-40*.
Ollendick, T. & Cerney, J. (1981). *Clinical behavior therapy with children*. New York: Plenum Press.
Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa*. Chile: ICPSI.
Phillips, R. (1985). Whistling in the dark? A review of play therapy research. *Psychoterapy, 22*, 752-760.
Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin.
Rosak, (2005). Diccionario de psicoanálisis. Disponible en http://www.rosak-lecturas.com.ar/libros/diccionario/t-005.htm
Santiago, Y. (2007). *La terapia de juego filial: la gran batalla contra el rival más débil.* Tesis de maestría. México: UNAM.
Segovia, I. (2004). Psicoanálisis infantil: Vicisitudes de una historia. *Revista psicológica,.1*(2).
Schaefer, C. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: El Manual Moderno.
Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. New York: Crowell- Colliler-MacMilan.
West, J. (1996). *Terapia de Juego Centrada en el Niño*. México: El Manual Moderno.
White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Madrid: Paidós.
Wilson, K (1992). *Play Therapy: a non-directive approach for children and adolescents*. London: Bailliere Tindall.
Winnicot, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: España: Gedisa.
Wolpe, J. (1958). *Psicoterapia por inhibición recíproca.* Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

CAPÍTULO 2.
DESARROLLO EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

El desarrollo es como una larga cadena eslabonada que no admite saltos ni apresuramientos, depende del proceso de maduración del cerebro, del sistema nervioso y las demás partes del cuerpo, el cual se logra poco a poco en la medida en la que los niños alcanzan los logros que son prerrequisitos para nuevos aprendizajes.

El crecimiento emocional es algo adquirido en el transcurso de la vida de un individuo, no hay certeza de cuándo culmina pero lo cierto es que es la base para que una persona pueda funcionar socialmente en otras etapas de la vida. En la niñez, la responsabilidad del desarrollo emocional depende de un adulto significativo, en general de la madre y otros adultos cercanos, de manera que los niños puedan obtener una base segura y sólida sobre el manejo de sus emociones y los valores humanos; esto es, el desarrollo moral.

El periodo tan prolongado de la infancia se ha considerado como una ventaja de los humanos sobre otras especies, ya que ese tiempo permite una gran flexibilidad en el desarrollo de lo complejo del cerebro humano, el cual básicamente se estructura por la información que proviene del ambiente. El trabajo contemporáneo de autores como Gross (2007) y Thompson y Meyer (2007), coinciden con autores clásicos como Sander, Bowlby, Mahler y Winnicott, entre otros, que sostienen que los seres humanos en la infancia sólo pueden funcionar adecuadamente si cuentan con un cuidador con el que establezcan una relación que les proporcione apoyo.

Los objetivos que evocan la emoción y las evaluaciones que realizan los niños de las circunstancias que consideran relevantes conforme a sus metas, cambian a medida que éstos maduran cognitiva y emocionalmente y por la estimulación ambiental a la que estén expuestos. Es sólo después del segundo año cuando los niños pequeños sienten vergüenza al ser alabados efusivamente, posteriormente desarrollan un sentido del *self* que altera el sentido del elogio social y motiva los esfuerzos para manejar la autoconsciencia resultante. Es más, las interconexiones entre los componentes de la emoción, tales como las edades de vinculación entre las experiencias subjetivas y las expresiones faciales, se organizan conforme el desarrollo y son afectadas por las experiencias sociales. Una perspectiva del desarrollo permite a los investigadores de las emociones entender que muchas características de la experiencia emocional están organizadas y estables en la adultez no por sus fundamentos biológicos, sino por sus orígenes en las influencias multifacéticas del desarrollo (Thompson & Meyer, 2007).

Las emociones desempeñan un papel muy importante en la vida, ya que son esenciales para las adaptaciones personales y sociales futuras. La capacidad para responder emotivamente se encuentra presente en los recién nacidos; la primera señal de conducta emotiva es la excitación general, debido a una fuerte estimulación. Sin embargo, al nacer el pequeño no muestra respuestas bien definidas que se puedan identificar. Antes de que pase el periodo del neonato, la excitación general del recién nacido se diferencia en reacciones sencillas que surgieren placer y desagrado. Las respuestas desagradables se pueden obtener modificando la posición del bebé, produciendo ruidos fuertes y repentinos, impidiéndole los movimientos. Esos estímulos provocan llanto y actividad masiva. Por otra parte, las respuestas agradables se ponen de manifiesto cuando el bebé mama. Antes de que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

los bebés tengan un año de edad, las expresiones emotivas que tienen se pueden reconocer como similares a la de los adultos.

El vínculo es una unión entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general su madre. Éste proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo emocional y social a lo largo de la vida. Se ha comprobado que las primeras experiencias influyen en las actitudes hacia el proceso de aprendizaje, en el concepto que el niño tiene de sí mismo y en la capacidad para formar y mantener relaciones sociales y emocionales en el futuro.

La terapia infantil se realiza cuando se presentan problemas en el manejo de las emociones que aluden a conductas consideradas como disruptivas en el ajuste socio-emocional del menor. Debido a su importancia en el desarrollo de la personalidad y el funcionamiento de un individuo en el ámbito social dentro de una determinada cultura, es importante ofrecer un breve panorama de lo que éstas son y la manera en que se han ido conceptuando para su estudio, antes de continuar revisando cómo se desarrollan desde el nacimiento hasta la pubertad, que es el grupo etario objeto de este libro.

¿QUÉ SON LAS EMOCIONES Y CÓMO INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO?

Las diferentes perspectivas teóricas de la psicología han intentado definir el concepto de **emoción** para poderlo estudiar. Como lo señala Palmero (1997), tratar de definir una emoción parece una tarea relativamente fácil porque constituye un término coloquial del que la gente habla; sin embargo, es difícil llegar a definiciones consensuadas de lo que es una emoción. En la literatura científica giran docenas de términos para definir este concepto (afecto, reflejo, estado de ánimo, impulso, sentimiento, etc.), lo que dificulta la comunicación (Gross, 2007). Las definiciones de la emoción no son más que modelos funcionales expresados en palabras, y es difícil concebir cómo es posible investigar sobre el tema sin intentar formularlas (Palmero, 1997).

En general, algunas definiciones acentúan los aspectos conductuales, otras los aspectos fisiológicos; algunas son precisas, otras vagas y ambiguas; algunas plantean el carácter adaptativo y otras los efectos desorganizadores de la emoción. Para tener una idea de la amplitud de las definiciones sobre la emoción, se han llegado a clasificar hasta 101 definiciones de este concepto conseguidas a partir de diccionarios de Psicología, así como textos sobre emoción, motivación, Psicología Fisiológica e Introducción a la Psicología (Kleinginna & Kleinginna, 1981). Del resultado de esta revisión es posible concluir que las definiciones tienen en común la consideración de factores subjetivos, ambientales y los procesos hormonales y neuronales.

Cole, Martin y Dennis. (2004), se aproximan al reto que implica la definición de la emoción, asumiendo aquellas que comparten la mayoría de las teorías menciondas frecuentemente en la literatura sobre la emoción en la infancia (Barrett & Campos, 1987; Frijda, 1986; Izard, 1997; Lazaruz, 1991; Sroufe, 1996; Tomkins, 1962,1991). Estas autoras señalan que a pesar de las diferencias substanciales entre ellos, coinciden en la influencia neodarwiniana que visualiza a la emoción como la capacidad biológica que perdura en los humanos por su extraordinario valor para la supervivencia. Definen a las emociones como una especie de radar de un sistema de respuesta rápido. Éstas a su vez, construyen y conllevan un significado que atraviesa el fluir de la experiencia. Las emociones son herramientas con las que se valora la experiencia que prepara a los individuos para actuar ante determinada situación. En este sentido, Damasio (1999) las define como complejas agrupaciones de respuestas químicas y neuronales que conforman un patrón concreto. Todas las emociones desempeñan un importante papel regulador orientado a la adaptación del organismo, teniendo como último objetivo ayudar a mantener la vida. Este autor considera que si las emociones se mantienen en el bagaje genético de tantas especies, es porque tienen que cumplir algún papel adaptativo; ya que, de no ser así, habrían ido desapareciendo a lo largo de la evolución.

Gross (2007), siguiendo a Scherer (1984), utiliza el término **afecto** como la categoría que engloba varios tipos de estados que implican la discriminación de las emociones en positivas o negativas en

un tiempo relativamente corto, y es por esa razón que involucran la atención en las situaciones y la valoración de los estados afectivos. Considera que estos estados afectivos incluyen: 1) respuestas de estrés generales a circunstancias pasadas, 2) emociones como ira y tristeza, 3) estados de ánimo como depresión y euforia, y 4) otros impulsos motivacionales, como aquellos relacionados con el comer, el sexo, la agresión, o el dolor; todos ellos son términos que se traslapan de manera compleja.

Por su parte, Martínez, Fernández y Palmero (2002), postulan que las emociones son procesos multidimensionales episódicos de corta duración que son provocados por la presencia de algún estímulo o situación interna o externa, que ha sido evaluada y valorada como potencialmente capaz de producir un desequilibrio en el organismo, lo que da lugar a una serie de cambios o respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas, motoras y expresivas; cambios que están íntimamente relacionados con el mantenimiento del equilibrio. Esto es, con la adaptación de un organismo a las condiciones específicas del medio ambiente en continua trasformación.

Estos autores consideran que la emoción tiene tres significados diferentes, dependiendo de si se alude al síndrome, al estado o a la reacción. Definen al síndrome emocional, como lo que comúnmente se experimenta durante una emoción: ira, tristeza, miedo, etc. Este descriptor tiene un sentido tanto descriptivo como prescriptivo. Por ejemplo, el síndrome de ira describe y prescribe qué persona puede o debe experimentarla cuando está disgustado. Cuando se hace referencia a un estado, se alude a una forma breve, reversible (episódica) en la que aparece una disposición a responder de una manera representativa que se corresponde al síndrome, por ejemplo, de ira. Por último, una reacción emocional es el conjunto actual (y altamente variable) de respuestas manifestadas por un individuo en un estado emocional; esas respuestas pueden incluir expresiones faciales, cambios fisiológicos, conductas manifiestas y experiencias subjetivas.

El estilo de reactividad emocional relativamente estable es conocido como **temperamento**. Éste se configura sobre la base de la interacción de los factores genéticos y ambientales. Así el estilo temperamental del niño suscitará un tipo concreto de respuesta emocional en el entorno (reacción que será diferente de acuerdo al temperamento y la cultura del adulto), que a su vez incidirá y modelará el temperamento del niño (Ortiz, 2001 citado en Abarca, 2003).

El temperamento se ha utilizado para predecir muchos aspectos del desarrollo de los niños, como el logro escolar o la conducta social (Rothbart & Bates, 1998). Sin embargo, por si solo, éste no es un predictor muy poderoso, y parece tener mucho más impacto cuando otro factor de riesgo se suma a sus efectos, como son las dificultades en la crianza, las dificultades económicas y de vida (Sanson & Hemphill, 2004).

De las variadas dimensiones del temperamento que describieron Thomas, Chess y colaboradores en 1963, las que se consideran más relevantes en la investigación sobre el temperamento son las descritas por Sanson y Hemphill (2004). Estos autores han separado **la emocionalidad negativa**, que se refiere a la expresión de la irritabilidad, del miedo, del humor negativo y de las reacciones negativas de alta intensidad, mismas que en los bebés suelen provocarse por la limitación de la conducta espontánea que genera cólera o por los estímulos nuevos e inesperados que provocan miedo; y *la* **autorregulación** que con frecuencia se separa en dos áreas: **el control de la atención** (persistencia y no distractibilidad) y **el control de las emociones** (la autocomplacencia, por ejemplo); y, finalmente, una dimensión llamada de varias formas que hace referencia a las personas o por el contrario, tener temor a los cambios.

Con lo anterior, se puede concluir que una emoción, es un estado afectivo que se experimenta como una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa del organismo a lo que le rodea. Una emoción es un estado que se presenta de manera súbita, el cual da origen a una respuesta conductual que se presenta en forma de crisis más o menos violentas y pasajeras.

Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, a la que reacciona conductual y fisiológicamente dependiendo de su estilo temperamental, las experiencias anteriores, y de la situación concreta que desencadena el estímulo ambiental al que se enfrenta. Algunas son innatas, mientras que

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

otras se adquieren en el curso del desarrollo. Las emociones básicas o primarias tienen un carácter adaptativo. Éstas son: ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo.

Hasta aquí se ha descrito qué es una emoción y cómo ha sido conceptualizada por los diferentes autores que la han estudiado. Sin embargo, como lo menciona Abarca (2003), cuando se analiza el desarrollo emocional**,** debe atenderse a cinco ejes básicos: 1) cómo surgen las emociones; 2) las emociones como **reacción** (es decir, la reactividad emocional o temperamento); 3) la expresión emocional en los diferentes momentos evolutivos; 4) cómo se desarrolla la consciencia emocional, tanto de las propias emociones como de las emociones de los demás; y 5) cómo se generan los procesos de autorregulación emocional.

Estos factores o dimensiones del desarrollo emocional se entrelazan con el desarrollo social, dado que las interacciones sociales son inductoras del desarrollo emocional y, a su vez, las competencias emocionales son necesarias para un óptimo desarrollo social. Así, la comprensión de las emociones de los otros (empatía), la regulación de la expresión emocional y la regulación de las emociones de los otros (la habilidad para generar o modular las emociones de los otros consolando, animando, etc.) son claves para el establecimiento de vínculos y para el desarrollo de las habilidades sociales (Abarca, 2003).

Inicialmente la expresión emocional se corresponde a **señales emocionales** -tal y como prefiere denominarlas Campos (1983, citado en Abarca, 2003)- que están matizadas por la intensa relación afectiva con la figura de apego y que evolucionan a una forma de expresión más regulada sobre la base de las normas sociales. La competencia emocional se enlaza estrechamente con la regulación emocional. Sin embargo, el control de impulsos responde más bien a una regulación de la acción, es decir, de la conducta externa u observable que pudiera estar inducida por la emoción; mientras que la regulación emocional se refiere al conjunto de estrategias para generar o transformar las emociones que vivencia la persona y, consecuentemente, se trata más de un proceso interno, aunque muchas estrategias implican una fuente de regulación externa (Abarca, 2003).

El desarrollo de la consciencia del Yo inicialmente se basa en las características más visibles que diferencian a las personas (edad, sexo, etc.) que a su vez serán la base del autoconcepto y su evaluación emocional, la autoestima. Posteriormente esta consciencia del *self* se diferenciará para ajustarse en términos de disposiciones y rasgos de personalidad, actitudes y valores, etc., y progresivamente irán identificándose a sí mismos como simpáticos, tímidos, trabajadores, entre otros calificativos (Berk, 1999 citado en Abarca, 2003).

La investigación en psicopatología infantil establece que el déficit en la autorregulación se asocia con algunos trastornos psicopatológicos específicos y problemas conductuales. Según Eisenberg y Moore (1997) se distinguen dos categorías de trastornos: internalizados y externalizados. Los primeros se refieren a problemas internos tales como la ansiedad, introversión excesiva, depresión y problemas psicosomáticos; los que son provocados por emociones negativas, tales como la ira, ansiedad, tristeza, etc., y/o por deficiencias en los procesos de enseñanza-aprendizaje, que impiden una autorregulación adaptativa. Los trastornos internalizados se generan por la carencia de modelos de regulación externa o por el excesivo control externo de la conducta en la primera y segunda infancia, conduciendo a la inhibición o a una sobrerregulación de los comportamientos.

En el otro extremo se sitúan los trastornos externalizados, definidos como aquellas conductas que se muestran de manera extrema como la hiperactividad, la agresión, los comportamientos antisociales, etc. Estos comportamientos se constituyen en estados psicológicos que se activan en las situaciones sociales, con expresiones emocionales hostiles, como muecas faciales de desagrado y sorpresa. Los trastornos externalizados están asociados a un déficit en la compresión de las propias emociones y por ende, en la vivencia y expresión de la emocionalidad negativa. La falta de inhibición de las conductas socialmente inadecuadas que se produciría por la falta de modelos adaptativos de autocontrol acordes con la situación social.

Ciertamente los niños con escasa capacidad de regulación emocional, negativa, intensa o cambiante son menos aceptados por sus iguales que otros niños con habilidades sociales adaptativas. En un

estudio longitudinal, en el que se asociaban las reacciones de ira y la aceptación social en niños de cuatro a seis años, los investigadores observaron que aquellos niños que eran descritos por sus profesores con menos manifestaciones de emociones negativas presentaban mayor capacidad de atención y afrontamiento constructivo, conductas consideradas por los adultos como las más apropiadas socialmente. Asimismo, estos niños eran los más apreciados por sus iguales (niños/niñas). En cambio, los menores que manifestaban una intensa emocionalidad negativa, bajo afrontamiento constructivo y pocas habilidades sociales presentaban escasa aceptación entre los iguales (Abarca, 2003).

El profesional de la psicoterapia infantil que trabaja con las emociones necesita tener una idea clara de la importancia de la **regulación emocional** en el desarrollo socio-emocional del ser humano, para ello requiere comprender el impacto que tiene la manera en cómo los individuos **autorregulan sus emociones**, en la aparición de conductas adaptadas e inadaptadas y en la psicopatología que pudiera presentarse por las dificultades en el manejo de las emociones en otras etapas de la vida.

A continuación se expone el desarrollo del concepto y la importancia que éste tiene en el desarrollo socioemocional del ser humano. En la psicoterapia en general, se trata de trabajar con diferentes aproximaciones técnicas y métodos con las dificultades emocionales que están estrechamente ligadas a la manera cómo el individuo puede o no autorregular sus emociones y su conducta para funcionar congruentemente en el ambiente en que se desenvuelve.

¿Qué es la autorregulación emocional?

El concepto de **autorregulación emocional** ha sido estudiado en varios campos de la psicología tales como el de la personalidad (Cantor & Zirkel, 1990; Singer & Bonanno, 1990), la motivación y emoción (Bandura, 1991; Heckhausen & Kuhl, 1985), la psicopatología evolutiva (Kopp, 1982; Power & Chapieski, 1986), la psicología básica (Libert, 1985; Norman & Shallice, 1986) y la educación (Newman, 1991; Schunk & Zimmerman, 1994). Del mismo modo, existen principios de autorregulación emocional basados en teorías conductistas, cognitivas, sociales, fenomenológicas y atributivas (Gross, 2007).

La investigación documental realizada por Post, Boyer & Brett (2006), da cuenta de la evolución del concepto de autorregulación y de la manera cómo éste ha sido concebido para su estudio según las diferentes posturas teóricas en diferentes épocas, desde que el concepto apareció por primera vez en las revistas de psicología del desarrollo.

Esta investigación tuvo como objetivo explorar las bases históricas de las perspectivas actuales para proveer sustento y continuidad a las teorías y las implicaciones del concepto en torno al ámbito familiar, profesional y comunitario para el apoyo del desarrollo de la autorregulación en la infancia. Los autores revisaron 241 artículos de revistas fechadas desde 1891 hasta nuestros días. Con base en esta búsqueda, estos autores establecieron cuatro periodos del estudio de la autorregulación :1) precursor (previo a 1950), 2) emergente (1950-1970), 3) contemporáneo (1970-1990), y 4) de expansión (1990-al 2006). El periodo precursor se refiere directamente a la teoría psicoanalítica que postula que las personas están controladas por impulsos internos para posponer la gratificación de sus deseos y evitar el dolor; y al establecimiento de las teorías conductistas que atribuye a factores externos el control de la autorregulación (Post, Boyer & Brett, 2006).

A la perspectiva psicoanalítica freudiana, que podría decirse que concibe lo que actualmente se conoce como autorregulación emocional, entendida como una necesidad adaptativa para controlar impulsos internos de manera que sea posible afrontar con éxito las demandas morales de la sociedad; le siguieron los estudios de Pavlov sobre el poder del aprendizaje para condicionar respuestas automáticas. De manera que, dentro de esta última corriente de pensamiento, la autorregulación fue conceptualizada como atribuible en gran parte a factores externos.

Durante el periodo emergente (1950-1970), las revistas científicas reflejaban la demanda de una nueva dirección de la psicología como una ciencia cognitiva y también se creó una división entre el conductismo y la psicología humanista. La perspectiva de la autorregulación coincide con el inicio de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

las teorías cognitivas que se resistían a desligarse de la tradición conductual que atribuía a factores externos, el aprendizaje y el autocontrol. Las investigaciones documentadas en este periodo se preocuparon de la estabilidad y consistencia interna de los patrones de autogratificación, premios y demora de la gratificación, como actores principales de la complacencia social. Las perspectivas de la autorregulación fueron definidas dentro de las respuestas de miedo y la motivación como condiciones para el reforzamiento, y se anexaron a la pregunta sobre de qué manera se desarrolla en el niño la conformidad social.

En el periodo que comprende de 1970 a 1990, los investigadores se esforzaron por definir los parámetros de la autorregulación dentro de la psicología contemporánea dominada por la ciencia cognitiva. En la literatura de la época se examinó la división entre el determinismo conductual y la volición humanista, sugiriendo que para construir una Teoría de la Personalidad basada en los principios del condicionamiento se requería considerar también en la autorregulación la participación de la volición, incorporando de este modo la influencia en la conducta tanto de lo biológico como de lo adquirido.

La investigación realizada en este periodo se enfocó en: 1) la definición de la autorregulación considerando las etapas evolutivas del desarrollo (Kopp, 1982; Vaughn, Kopp & Krakow, 1984), 2) describir las influencias, efectos de la autorregulación y las etapas de desarrollo (Mullis & Moore, 1998), y 3) ofrecer un panorama general sobre las implicaciones y complejas analogías utilizadas en la definición de la autorregulación (Brandstadter, 1989).

El trabajo de Piaget fundamentó las investigaciones realizadas por Flavell en los años setenta dentro de la teoría neopiagetiana, reconsideró y evaluó la pertinencia de incluir la capacidad de los individuos para autorregularse en los diferentes estadios del desarrollo. Flavell, Friedrichs y Hoyt (1970) comenzaron a investigar las estrategias metacognitivas involucradas en el monitoreo de la autorregulación, distinguiéndolas de las estrategias cognitivas. Bandura (1977) también se dio a la tarea de reexaminar y trasformar la perspectiva de su teoría sobre el aprendizaje social, que enfatizaba la importancia de la cognición en el aprendizaje mediante observación y apuntaba que el monitoreo personal en la autorregulación se daba sin la necesidad de estrategias externas como el reforzamiento y los premios y concluyó que la conducta y el pensamiento eran recíprocamente determinados por modelos y eventos del medio ambiente.

Lezak (1982), describió la autorregulación en términos de programas innatos y aprendidos que utilizaban rutinas y estrategias para permitir a los individuos regular actividades.

En el último periodo denominado **expansionista**, que comprende desde 1990 al 2006 (Post, Boyer & Brett, 2006), la investigación incluye artículos que comprendieron el estudio de la autorregulación considerando el lenguaje y lo social, así como los aspectos emocional, conductual y cognitivo. Para ofrecer soporte a la autorregulación, las investigaciones en curso se han enfocado en la manera en la cual los infantes y niños se autorregulan en diferentes culturas, de acuerdo a su edad cronológica, y en niños con necesidades especiales de aprendizaje. También han contemplado diferentes escenarios dentro de diversas disciplinas y utilizado para su estudio, una gran variedad de innovaciones tecnológicas, con el fin de medir los efectos de las variables que intervienen en la autorregulación; tales como el temperamento y la atención, poniendo especial énfasis en las estrategias que utilizan los cuidadores primarios para ayudar a regular la conducta de los niños.

La autorregulación ha sido considerada como un aspecto fundamental del temperamento, por lo cual desde la década de los noventa, gran parte de la investigación se ha dedicado a indagar las bases biológicas de dicho concepto. En concreto, se ha postulado que las diversas redes de la atención están implicadas, y por tanto contribuyen, al desarrollo de las capacidades autorreguladoras (Posner & Rothbart, 1992). Además, la autorregulación como mecanismo sofisticado de adaptación al entorno social, es altamente sensible a las influencias ambientales, de modo que tanto padres como cuidadores juegan un papel primordial en la formación de tales capacidades en la infancia (Ruff & Rothbart, 1996).

La regulación emocional también está influenciada por el desarrollo neurobiológico (especialmente en la corteza prefrontal), el incremento de los procesos de atención, los avances conceptuales en la

comprensión de la emoción, la individualidad, el temperamento y el desarrollo de la personalidad (Fox & Calkins, 2003; Thompson, 1994).

Los procesos de socialización interactúan a través del desarrollo con estas influencias. Si por ejemplo, los niños no son protegidos mediante el cuidado parental del estrés abrumador, los sistemas de estrés neuro-hormonales del cerebro pueden volverse sensibles a éste; de esta manera esos niños pueden tornarse biológicamente vulnerables para afrontar los problemas por dificultades en la regulación de sus emociones (Gunnar & Vázquez, 2006).

El temperamento ha sido definido como diferencias individuales en las tendencias a expresar las emociones y el *arousal*, así como en la capacidad para regular tales tendencias. Conceptualizado de esa manera, el temperamento puede afectar tanto a la intensidad de la emoción experimentada, como a la estrategia de autorregulación seleccionada (Ato, González & Carranza, 2004).

Las diferentes aproximaciones teóricas al estudio de la autorregulación (Block & Block, 1980; Kopp, 1982; Rothbart, 1989) la definen como la capacidad de los individuos para modificar su conducta en virtud de las demandas de situaciones específicas.

Por último, habrá que recalcar que el déficit en la autorregulación emocional se asocia con algunos trastornos psicopatológicos específicos y problemas conductuales.

La intervención en niños (y en adultos) requiere la adopción de una perspectiva del desarrollo que sea genuina e informada (basada en teorías y enfoques empíricamente validados del desarrollo). A nivel teórico, esto implica que toda intervención infantil debe poseer como sustento algunos lineamientos teóricos que den cuenta sobre cómo ocurre el proceso del desarrollo, tanto en sus trayectorias normales como desviadas (Cohen & Cicchetti, 2006; Sroufe *et al.*, 2005; Rutter & Sroufe, 2002).

Aunque la regulación emocional ha sido estudiada en los diferentes estadios del desarrollo temprano, los autores destacan que uno de los momentos más críticos del desarrollo sucede en la infancia más temprana (fase neonatal). En este periodo será cuando el neonato progrese desde una dependencia de sus cuidadores hacia una independencia en su regulación emocional, donde integrará los elementos estratégicos y de comportamiento usados por sus cuidadores en la propia interacción diádica.

Papel que juega la autorregulación emocional en el desarrollo

Los psicólogos del desarrollo se han interesado por averiguar las causas del desenvolvimiento de la autorregulación emocional. En este sentido, se han identificado factores de origen endógeno, donde resulta de especial relevancia la maduración de las redes de la atención; con respecto a los factores exógenos; en los que se ha destacado el papel fundamental de los padres como guías del proceso de desarrollo de sus hijos (Ato, González & Carranza, 2004).

La relación madre-hijo ha sido estudiada como parte central del desarrollo temprano (Kochanska, Kuczynsky & Radke-Yarrow, 1989; Tamis-Le Monda & Bornstien, 1989; Vibbert & Bornstein, 1989; McNally, Eisenberg, & Harris, 1991; Schölmerich, Lamb, Leyendecker & Fracasso, 1997; Roggman, Boyce, & Newland, 2000; Smith, 2000; Sroufe, 2000; Kivijärvi, *et al.*, 2001). Estas investigaciones reportan que cuando se analizan las interacciones entre madre e hijo deben considerarse tanto las contribuciones de ésta como las de los niños. Es evidente que una madre biológica y sus hijos tienen en común una herencia genética compartida, pero también existen diferencias en sus programas genéticos individuales y la interacción que cada uno tiene con diferentes influencias ambientales.

En el desarrollo de la autorregulación intervienen factores madurativos (fisiológicos), psicológicos y especialmente factores interactivos. Desde la perspectiva del aprendizaje social, la regulación emocional es un proceso que se genera en la interacción con la figura de apego (Ortiz, 2001, Shaffer, 2002, citado en Abarca 2003), lo cual mediatizará las estrategias autorreguladoras más utilizadas en este primer periodo. En esta primera etapa la expresión emocional del niño, actúa como estímulo de las emociones para que los cuidadores regulen sus sensaciones excesivas; es decir, la regulación emocional es fundamentalmente externa.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El primer año de vida es crucial para la maduración y desarrollo del cerebro de los niños, incluyendo el socio-afectivo, en donde el ambiente en que se desenvuelven juega un papel muy importante. Los niños nacen ya preparados para la interacción social. Desde muy pequeños, los bebés son capaces de interactuar con otros. La literatura científica sobre el desarrollo da cuenta de cómo el afecto, en términos de sentimiento y emoción, es central en las experiencias de los bebés para relacionarse con otros. Desde el nacimiento, las experiencias tempranas están gobernadas por el placer y el displacer. Los recién nacidos, desde que tienen ocho semanas de vida, pueden encontrar el rostro de la madre mientras ésta platica con él o ella. De hecho lo que más llama la atención de los bebés de esta edad es la cara de las personas a las que responden con lo que se ha llamado **sonrisa social**. En estas edades, los bebés son capaces de ver directamente a los ojos y vocalizar socialmente, lo que los hace más responsivos al ambiente. La tarea más importante para los padres en esa etapa del desarrollo, es la de satisfacer las necesidades biológicas del bebé al alimentarlo, asearlo y dormirlo. Existen padres habilidosos que mientras realizan estas labores, se dan tiempo para jugar con sus hijos, tocándolos, sonriéndoles, hablándoles o imitándolos. En todas las culturas, gran parte de los padres imitan las expresiones del bebé, les sonríen y vocalizan con ellos (Klass, 2003).

Para Greenspan y Thorndike (1997), la transición de bebé a infante tiene lugar de manera paulatina, entre los nueve y los dieciocho meses. Durante este tiempo, el niño desarrolla un sin fin de habilidades y conductas. Entre las habilidades más ostensibles en esta etapa, se encuentra el gatear, ponerse de pie y caminar, destrezas motoras que sólo pueden ser eclipsadas por los enormes avances que también se presentan en todo su desarrollo social y emocional.

La creciente capacidad organizativa del infante para reunir una gran variedad de pequeñas actividades y emociones en un solo patrón, es crucial para el desarrollo de formas de pensamiento y capacidad de planificación más evolucionadas. Una mejor organización de la conducta y de la vida emocional, constituye el mayor desafío al que hace frente el infante en esta etapa de la vida.

De los nueve a los dieciocho meses de edad, las emociones que ya eran evidentes en etapas más tempranas están ahora más organizadas. El amor se expresa con más ternura, incluyendo abrazos y besos. Hasta puede haber una palmadita en la cabeza para un hermano mayor que se ha hecho daño. El enfado puede ser más deliberado, por ejemplo al lanzar un juguete o el golpear a un hermano mayor. De la misma manera, la decepción se puede expresar de forma conmovedora, con miradas tristes seguidas a veces, de una frialdad implacable o de un distanciamiento poco duradero. Los miedos y las manifestaciones de ansiedad relacionados con la dependencia y la curiosidad también están organizados, al igual que la angustia de separación. Sin embargo, existe a la vez una mayor determinación acompañada por una mirada llena de orgullo ante una torre construida de manera correcta o una palabra bien pronunciada. Las formas más evolucionadas de empatía, vergüenza y culpa, si bien ya comienzan a esbozarse, todavía en esta etapa no se ha desarrollado un sentido del *self* suficientemente organizado (Greenspan & Thorndike 1997).

Esta autora considera que un rasgo que surge cada vez con mayor fuerza y complementa el de la iniciativa, es la independencia. El desarrollo de la independencia desencadena en el niño curiosidad para explorar y experimentar su mundo para, posteriormente, definirse a sí mismo. Para poder apartarse de la madre sin sentirse agobiado, el niño pequeño debe sentirse querido no únicamente a través de la mirada, los gestos y el empleo de la voz, sino también mediante el desarrollo de la seguridad de que no va a ser abandonado. Los padres verán cómo su hijo se vuelve más autónomo, más flexible y más atrevido cuando es capaz de sentirse seguro y querido mientras explora su entorno al igual que cuando se le acaricia y abraza.

El niño de dos años desarrolla nuevas habilidades para conceptualizar el mundo, aunque todavía es muy dependiente de la madre. Desea experimentar nuevas sensaciones y conductas, pero también anhela el calor y la seguridad de su madre, debido a la dependecia con ella. Mientras el pequeño se balancea en este columpio emocional, no es fácil para la madre, a veces estar arriba cuando él está abajo y quizá la tendencia sea tratarlo como a un bebé, mientras que el infante enfatiza su independencia. Ante tales circunstancias, la madre puede dar por sentado que las nuevas habilidades de su hijo presagian una madurez ante la cual, quizá todavía, no sea capaz de responder plenamente.

A medida que el infante progresa en el segundo año de vida, es posible observar su creciente capacidad para usar ideas y formar conceptos. Esta adquisición tiene su origen cuando el menor es capaz de comprender la función de un objeto, al hablar por teléfono o al cepillarse el pelo. También es capaz de relacionar la idea de fusión con el mundo de las emociones, cuando comienza a comprender que mamá está ahí para hacerle una caricia, darle de comer, vestirlo o jugar con él a la pelota; del mismo modo, que papá está ahí para jugar a luchar, leer un libro o tomar un baño.

En esta etapa del desarrollo, los padres y otras personas importantes son percibidos como una combinación de sus características funcionales y ya no constituyen únicamente experiencias visuales, auditivas, táctiles u olfatorias separadas. La capacidad del niño de relacionar lo que siente, ve, palpa o escucha con sus funciones, representa un paso importante hacia la siguiente fase evolutiva en la cual presenta la capacidad de elaborar ideas y ponerlas en práctica para unir las emociones y la conducta.

Las características sensoriales y emocionales de un objeto se integran con las funciones para formar una imagen mental. En lo que respecta al mundo de las ideas que hacen referencia a los sentimientos y a las relaciones humanas, se alcanza el nivel conceptual en el momento en el cual el niño, por ejemplo, puede construir una imagen emocional de una persona o de una interacción cuando esta persona no está presente. Igualmente importante es el hecho de que estas imágenes o símbolos, permiten al niño jugar con las ideas, de tal forma que le posibilitan idear conceptos, conductas y emociones más complejas.

El desarrollo del lenguaje es un indicador de la capacidad del niño para usar imágenes y símbolos y está relacionado con la habilidad del menor para entretenerse con juegos simbólicos y usar patrones gestuales complejos. Algunos niños demuestran su capacidad para crear ideas mediante la organización de determinados patrones espaciales, por ejemplo, los juegos de construcción

Desde el punto de vista emocional, la práctica del juego simbólico, del lenguaje o de los gestos puede ayudarle a desarrollar herramientas para identificar y razonar acerca de los sentimientos, mientras que la diversión con sus diseños espaciales le puede ayudar a descubrir recursos no sólo de cara a la abstracción impersonal, sino también para comprender cómo su cuerpo se maneja en el espacio. La perspectiva cognitiva considera que la práctica del juego simbólico, el lenguaje y los gestos, puede contribuir al empleo futuro de los símbolos verbales y del razonamiento, mientras que los juegos de construcción y el dibujo pueden favorecer, posteriormente, el empleo de las relaciones espaciales, como las implicadas en el área de las matemáticas (Greenspan & Thorndike 1997).

Por parte de los cuidadores, en el tercer año de vida del menor se produce un incremento en la necesidad de generar en los pequeños controles internos. Se espera que los niños obedezcan ciertas peticiones de los padres, incluso aunque éstos no estén presentes. Sin embargo, en el caso de las prohibiciones, como tocar un objeto deseado, los niños no acatarán las restricciones ante la ausencia de los padres. Estas limitaciones que se dan a nivel conductual, también se evidencian en lo emocional, de manera que la falta de control sobre la emoción negativa en situaciones de frustración se expresará en forma de rabietas (González, Carranza, Fuentes, Galián & Estévez, 2001).

Durante la primera infancia los niños pueden generar pocas estrategias para regular las emociones por sí mismos y requieren de la regulación externa aportada por los adultos. Posteriormente, en la época escolar van a incrementar y a experimentar sus propias estrategias en las diversas interacciones sociales, por medio de las cuales detectan las tácticas que mejor les funcionan. Con la aparición del lenguaje y la posibilidad de hablar de las emociones propias y de los otros se inicia un nuevo camino en la regulación emocional, tanto de las propias emociones como de las emociones de los demás. En la medida que el niño interioriza el lenguaje, podrá acceder al habla privada, ampliando su capacidad de comprensión y, por ende, podrá representar mejor sus estados emocionales y darse cuenta de las emociones que experimentan otras personas. A su vez, este progreso incidirá en el perfeccionamiento de las habilidades para autorregular las emociones (Abarca, 2003).

El desarrollo emocional desde los tres años a la pubertad coincide con la etapa preescolar y escolar. A medida que los niños perfeccionan el conocimiento de sí mismos, el mundo social también se diversifica con la introducción de nuevos contextos y personas. Estos nuevos ambientes generan

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

una serie de cambios, tanto personales como contextuales. Surgen nuevos objetivos, progresa la comprensión y la regulación emocional, varían las expresiones emocionales y aumentan las manifestaciones empáticas.

Con el desarrollo de la empatía, se origina el sentimiento de culpa en el momento en que el niño experimenta pesar por el sufrimiento de los otros y se siente responsable del mismo. Este hecho se observa alrededor de los tres años, cuando el niño hace intentos para reparar el daño ocasionado (Ortiz, 2001, citado en Abarca, 2003).

La función reguladora de las emociones socio-morales está supeditada a factores socio-afectivos de aprobación-reprobación en función de los comportamientos socialmente establecidos. Estas valoraciones se internalizan durante la crianza a través de la transmisión e interpretación de los referentes sociales, ya que son los adultos quienes muestran al niño cómo y cuándo comportarse de una forma determinada. Las situaciones en las que los cuidadores fomentan que los niños experimenten tempranamente emociones como la vergüenza y la culpa varían de acuerdo a cada cultura ya la propia escala de valores de la familia (Ortiz, 2001; Berk, 1999 citado en Abarca, 2003).

En la edad preescolar el desarrollo de la autorregulación cambia la relación entre las intenciones que el niño tiene y el llevar a cabo la acción, adquiriendo la capacidad de planificar las acciones antes de ejecutarlas, guiándose por imágenes mentales de las acciones futuras. La herramienta necesaria para lograr la regulación emocional, es el habla interna, por la que las mismas palabras que los adultos utilizan para regular el comportamiento del niño las pueden utilizar los propios niños para autorregularse (Ato, González & Carranza, 2004).

Kozulin, Hindis, Ageyev y Millar (2003) consideran que el niño adquiere la preparación para la vida escolar durante los primeros meses de escolarización, aunque ciertos logros de la edad preescolar hacen más fácil para los niños llevar a cabo esta preparación, como son: el dominio de algunas herramientas mentales, desarrollo de la autorregulación e integración de emociones y cognición. El desarrollo acompaña el proceso de maduración, el cual se logra poco a poco en la medida en la que los niños alcanzan los logros que son prerrequisitos para nuevos aprendizajes.

El desarrollo cognitivo tiene un papel importante en la formación del autoconcepto, ya que interviene en la forma cómo se realizan los procesos reflexivos sobre el Yo, y en el modo en cómo se estructuran estos conceptos y la interacción social. Mead (1934, citado en Abarca, 2003) consideraba que el autoconcepto está relacionado con las creencias acerca de lo que piensan sobre uno las figuras significativas en la vida de una persona. Mead llamaba a este concepto **yo reflejado** u **otro generalizado**. Desde este marco conceptual, los niños empiezan a formar el autoconcepto cuando pueden comprender las actitudes que los otros tienen hacia ellos, es decir, se requiere de la **toma de perspectiva** -imaginar qué es lo que los otros piensan sobre el **Yo**-. Con la incorporación del niño a contextos diferentes al familiar, como la escuela, los niños buscan a más personas para obtener información sobre sí mismos (Abarca, 2003).

En esta época el niño empieza a construir su autoconcepto a partir de la suma total de las comparaciones que realiza con sus iguales, en función de sus atributos, talentos, aptitudes, apariencia, posesiones y familia que le definen; lo que a veces puede llevar a experimentar sentimientos de inadecuación, fracaso, vergüenza, humillación, etc. (Saarni, 1997, citado en Abarca 2003). Al inicio de la etapa preescolar, el niño basa su autoconcepto en características concretas como el nombre, la apariencia física, sus posesiones y conductas (**voy al colegio** o **ayudo a mi mamá**) (Keller, Ford & Meacham, 1978, citado en Abarca, 2003). Posteriormente, a los ocho o diez años de edad, y a medida en que se incrementa la comprensión emocional y social, el niño incorpora más aspectos de personalidad. En un primer momento este proceso destaca por la alusión a competencias observables (**soy bueno en matemáticas** o **juego bien al fútbol**), para luego definirse en función de los atributos psicológicos (**soy simpático** o **soy inteligente**) (Berk, 1999, en Abarca, 2003).

Un análisis del desarrollo de la autorregulación emocional incluye cómo la persona monitorea, evalúa y modifica sus emociones. De hecho, la capacidad de los niños para la autoconsciencia emocional y la valoración de sus sentimientos a la luz de expectativas personales y culturales es una

característica resultante de la autorregulación emocional en desarrollo. Esto es consistente con la visión constructivista de que la autorregulación emocional emerge en función del desarrollo de la comprensión del niño sobre la emoción y su significado. Por ejemplo, durante los años preescolares los niños pasan de situar la emoción enfocados sólo en los instigadores externos a sus propios sentimientos, de manera que han de convertirse en **psicólogos de la emoción** y comprender la asociación entre emociones y deseos, creencias, recuerdos y otras influencias psicológicas.

Conforme los niños crecen, también empiezan a entender las asociaciones entre las emociones y las expectativas, estándares y objetivos personales. Estos avances conceptuales proveen un fundamento para el crecimiento en la comprensión de los niños sobre las estrategias para la autorregulación emocional y para realizar estas estrategias con mayor competencia. El desarrollo conceptual también interactúa con las influencias de la socialización por las cuales el niño se apropia de las creencias socioculturales y familiares sobre la emoción y su regulación (Thompson & Meyer, 2007).

La autorregulación emocional puede ser facilitada o afectada dependiendo de cómo los demás evalúan los sentimientos propios. Las respuestas comprensivas y constructivas afirman que los sentimientos propios están justificados y proveen una fuente de apoyo social que ayuda al afrontamiento mediante la comprensión y el consejo que otros puedan proveer. Pero el hecho de denigrar, críticar o dar respuestas de rechazo añade estrés a los retos de la autorregulación emocional. Esto es especialmente cierto en el caso de las emociones negativas, cuando las reacciones críticas o punitivas de los otros contienen mensajes implícitos denigrando la propiedad de los sentimientos o sus expresiones, la competencia de la persona que lo siente o la relación entre la persona y el que evalúa su comportamiento. De hecho, cuando los otros muestran rechazo, crítica o castigo, se pueden exacerbar las emociones negativas que uno mismo trata de manejar, así como disminuir las oportunidades de adquirir formas más adaptativas de autorregulación emocional, e incluso de discutir los sentimientos propios con otras personas.

Más allá de eso, la autorregulación emocional se desarrolla en tanto los niños internalizan las evaluaciones implícitas y explícitas que otras personas significativas hacen de sus emociones, así, comienzan a evaluar por sí mismos sus sentimientos de forma comparativa. Un niño al que siempre se le ha dicho que **la gente grande no deja que las cosas le afecten**, lucha para manejar los sentimientos de tristeza con esta regla de las emociones como una influencia continua pero sin el apoyo parental para hacerlo. Las evaluaciones de los otros sobre las propias emociones son importantes en el transcurso de la vida, pero especialmente en los primeros años de vida (Thompson & Meyer, 2007).

Los estudios del desarrollo indican que cuando los padres responden con aceptación y apoyo a los desplantes de emociones negativas los niños lidian de forma más adaptativa con sus emociones en circunstancias inmediatas y adquieren capacidades de autorregulación emocional más constructivas. En contraste, los resultados son más negativos cuando los padres denigran, castigan o rechazan, o cuando las emociones negativas de los niños despiertan el estrés de los padres (Denham, 1998; Denham, Basset & Wyatt, en prensa; Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998). En un estudio realizado por Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg, y Lukon (2002) encontraron que en una muestra de personas en desventaja socioeconómica, por ejemplo las madres que reportaron ejercer mayor control positivo (usar la calidez y aprobación) sobre sus hijos con edades de un año y medio, tenían hijos en quienes se observó que a la edad de 3 años y medio manejaban sus emociones negativas de forma más constructiva (usar la autodistracción) (Berlin & Cassidy, 2003). Eisenberg, Fabes y Murphy (1996) encontraron que las respuestas de las madres en los autorreportes sobre solución de problemas ante las emociones negativas de sus hijos en grado escolar, estaban asociadas con los reportes independientes manifestados por sus hijos de un afrontamiento constructivo ante problemas (tal como la búsqueda de alguien, el apoyo, la resolución de problemas y el pensamiento positivo), mientras que las reacciones punitivas y de infravaloración de las madres ante las emociones negativas de sus hijos estaban negativamente asociadas con estilos de afrontamiento constructivo de sus hijos, por lo que se asociaban positivamente con un afrontamiento de evitación (Eisenberg & Fabes, 1994; Eisenberg *et al*., 1999). Del mismo modo, Denham (1997) reportó que los preescolares que describieron a sus mamás como proveedoras de confort cuando se sentían mal, eran evaluados por sus maestras como emocionalmente competentes.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Estos estudios indican que la manera en la cual los padres responden, con o sin apoyo a las emociones de los niños, y los comportamientos resultantes, predicen las emociones de los niños relacionadas con el afrontamiento en mediciones posteriores. Fabes, Leonard, Kupanoff y Martin (2001) encontraron por ejemplo, que los padres que responden con severidad (punitivos, con actitudes que devalúan) a las expresión de emociones negativas de sus hijos preescolares, tenían niños que expresaban mayores emociones negativas con sus pares, y que las diferencias en la emocionalidad estaban relacionadas con la competencia social de los preescolares.

Una serie de estudios de Eisenberg, *et al.*, han mostrado que la competencia social de los niños es afectada por la manera en la que las madres transmiten sentimientos negativos o positivos en el hogar. Esta asociación está mediada por las diferencias en el comportamiento para autorregularse de los niños (Eisenberg, *et al.*, 2001; Eisenberg, *et al.,* 2003; Eisenberg, *et al.*, 2004). Estos hallazgos sugieren que un clima familiar caracterizado por moderar en grandes cantidades las emociones positivas entre los miembros de la familia contribuye al crecimiento de la autorregulación emocional, lo que tal vez sucede mediante los modelos familiares que cuenten con habilidades para la regulación emocional, así como por la influencia del desarrollo de las expectativas de los niños en función de la conducta emocional apropiada.

La receptividad de los niños hacia las iniciativas de sus padres deriva de la confianza que tienen en lo que los padres dicen y hacen, especialmente cuando esto concierne a la experiencia emocional, y ésta es la razón por la que los padres influyen en aliviar la ansiedad y obtener disfrute, o de otro modo afectan la experiencia emocional de sus hijos. Por esta razón, las diferencias en la confianza y la seguridad de la relación padres-hijos tiene implicaciones importantes para el desarrollo de la regulación emocional (Thompson & Meyer, 2007).

La autoestima, la evaluación emocional del autoconcepto, es uno de los aspectos más relevantes del desarrollo socioafectivo. De hecho, la autoestima influye en las experiencias emocionales, en los comportamientos sociales y escolares, y en el ajuste psicológico a largo plazo. Al principio de la niñez la autoestima es muy alta, después disminuye ligeramente en los primeros años de escuela, cuando toman una especial relevancia las comparaciones sociales con los niños y los juicios del profesor en función del rendimiento académico y la conducta de los demás compañeros (Stipek & Maclver, 1989, citado en Abarca, 2003). No obstante, esta disminución de la autoestima no es tan importante como para generar perjuicios en el desarrollo normal del niño, y en la mayoría de los casos hacia los nueve años ésta se vuelve a incrementar (Nottelmann, 1987, citado en Abarca, 2003). Sin embargo, con el cambio de etapa educativa (de primaria a la secundaria), la autoestima vuelve a disminuir transitoriamente.

En la época preescolar esta autoestima se diferencia en función de qué aspecto del Yo es considerado por los demás. Al parecer, inicialmente se formarían una serie de autoestimas separadas entre sí para integrarlas posteriormente en una impresión general (Harter, 1990 citado en Abarca, 2003). Hacia los siete años ya se observa una autoestima relacionada con las competencias, diferenciada de una autoestima social (Harter, 1982 en Abarca, 2003).

Los investigadores del tema coinciden en que a los ocho años existen al menos tres autoestimas separadas: la académica, física y social, que se van perfilando en los años sucesivos y organizándose en una estructura jerárquica (Beck, 1999, p. 583 citado en Abarca, 2003).

En el periodo escolar, la autoestima académica tiene una gran relevancia en los procesos de aprendizaje, puesto que se vincula de forma importante a la motivación a través de la **autoeficacia percibida** -las atribuciones que realizan los niños del resultado de sus esfuerzos- y de la **motivación de logro** que se genera. Como se verá, la autoeficacia percibida y la motivación de logro están mediatizadas por la interacción con los padres, iguales y profesores.

La autoeficacia percibida se refiere a la percepción personal de cuán competente se es en la realización de una tarea determinada. Cuando la dificultad de la tarea sobrepasa desmedidamente el nivel de autoeficacia percibida, el niño se desmotiva. Lo mismo ocurre si el nivel de dificultad de la tarea está por debajo de las competencias autopercibidas. Para mantener una adecuada motivación en las actividades escolares, asegurar la motivación y el progreso en los aprendizajes escolares, la

tarea debe suponer un reto, siempre y cuando éste sea accesible; es decir, la dificultad debe estar en consonancia con la autoeficacia percibida de cada niño. Si un niño es competente, pero tiene una baja autoeficacia no logrará avanzar en los aprendizajes (Abarca, 2003).

La autoeficacia percibida está íntimamente relacionada con las atribuciones de logro de los resultados. Si la retroalimentación aportada por las personas significativas (padres, profesores) refuerza la percepción de autoeficacia, entonces los niños se adjudicarán niveles óptimos de competencia en las actividades importantes, asumiendo el trabajo y el empeño como una filosofía de vida. Si una persona crece experimentando que el logro de sus objetivos es acompañado de sentimientos positivos, tendrá más probabilidades de desarrollar un estilo positivo de evaluación y de experimentar un sentimiento subjetivo de bienestar. Si posteriormente debe enfrentarse con circunstancias difíciles, tendrá la resistencia a la adversidad y, por ende, mayores oportunidades de solucionar el problema (Saarni, 1997, citado en Abarca, 2003). Estas atribuciones de logro pueden ser internas, si los buenos resultados son concebidos como producto del esfuerzo o de la habilidad, o externas, si los logros son atribuidos a las características de la tarea, a la buena suerte u otras personas, etc. Cuando la atribución de logro subraya la atribución interna, es decir, al adquirirse el convencimiento de que la habilidad mejora con el esfuerzo, la motivación de logro aumenta; puesto que el niño percibe que tiene control sobre sus resultados. Si por el contrario la atribución es fundamentalmente externa, o se atribuye a una mala habilidad inmutable -no mejorable con el esfuerzo-, la motivación de logro disminuye. De hecho, se ha observado una relación directa entre el nivel de autoestima y el grado de esfuerzo en tareas desafiantes y logros escolares (Marsh, Smith & Bames, 1985 citado en Abarca, 2003). Asimismo, la autoestima incide en el desarrollo social, siendo los niños con una autoestima alta los más apreciados por sus compañeros (Harter, 1982 citado en Abarca, 2003).

Otro factor importante en la regulación de la expresión emocional es el desarrollo social de las emociones morales. La regulación de la manifestación emocional inicialmente tendrá la finalidad de evitar el castigo y ganarse la aprobación de los adultos, pero hacia los diez años reconoce el valor de las normas aceptadas culturalmente para expresar las emociones. El control de la expresión emocional tiene dos funciones: protegerse a sí mismo y proteger a los otros. El niño que oculta su miedo para evitar que los demás le llamen cobarde se protege a sí mismo; el que oculta su risa ante el tropiezo de otro o su decepción ante un regalo, protege al otro. La capacidad para expresar las emociones de forma que repercuta positivamente sobre uno mismo y los demás, se convierte en un aspecto fundamental para el desarrollo social (Ortiz, 2001 citado en Abarca, 2003).

La mayor parte de la investigación sobre la manera cómo los niños regulan sus emociones se ha centrado en el **afrontamiento**, definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar demandas específicas externas o internas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo. Asimismo el afrontamiento es considerado un proceso que tiene dos componentes principales: los estresores y las estrategias. Cualquier suceso que provoque angustia es considerado un estresor y cualquier esfuerzo por dirigir o controlar esta angustia es considerada una estrategia (Brenner & Salovey, 1997 citado en Abarca, 2003). Fieles a este principio los teóricos del afrontamiento o *coping* se centran principalmente en la regulación de las emociones de angustia, dolor y en los esfuerzos para regular el origen del problema. El éxito de la regulación emocional vendrá determinado por el abanico de estrategias disponibles y la habilidad para seleccionar éstas en función de la demanda de determinados estresores y la destreza para implementarlas.

A medida que los niños crecen mejoran sus habilidades de afrontamiento en situaciones estresantes, percibiéndose capaces de utilizar estrategias dirigidas cognitivamente. Los tipos de estrategias de afrontamiento frecuentemente utilizados por los niños y los jóvenes en situaciones sociales en las que tienen cierto control son estrategias de: resolución de problemas, búsqueda de apoyo (ayuda y consuelo), de distanciamiento, internalizadas (autoculparse, ansiedad, conductas de preocupación) y externalizadas (culpar a los otros, conductas agresivas).

Los niños perciben las estrategias de resolución de problemas y la búsqueda de soporte como las mejores, y las estrategias externas como las peores. Las estrategias que predominan cuando no se tiene

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

el control sobre las circunstancias son: la sustitución o distracción cognitiva, reestructurar o redefinir el contexto o los sentimientos negativos, búsqueda de información para entender la situación, evitación de los estímulos estresantes contextuales o personales, negación del contexto y los sentimientos y disociación de la situación (Saarni, 1997, citado Abarca, 2003).

Otros autores como Ortiz (2001, citado en Abarca, 2003) diferencian dos tipos de control en el afrontamiento al estrés: el afrontamiento centrado en el problema, es decir, afrontamiento dirigido a modificar el detonante del estado emocional; y el afrontamiento centrado en la emoción, orientado a manejar o modular el propio estado emocional. En el primer caso, los objetivos se traducen en esfuerzos por influir en los acontecimientos, condiciones, personas u objetos; de manera que la situación sea lo más próxima a la deseada o tolerable. Se excluyen estrategias infantiles tales como el llanto para que otros resuelvan el problema, la agresión instrumental o la evitación-huida. El afrontamiento centrado en la emoción implica un ajuste personal mediante tácticas orientadas a modificar el propio estado interno, tales como la distracción, la reestructuración cognitiva, la oposición de fantasías positivas, etc., las cuales son estrategias que requieren de las habilidades metacognitivas.

No obstante, el conocimiento y la manipulación de estados mentales es difícil para los preescolares, puesto que los niños de esta edad tienden a considerar que el cambio emana de la situación más que de ellos mismos y, por lo tanto, tendrán dificultades para utilizar la distracción u otras formas de afrontamiento orientadas a modificar su estado interno, estrategias que no se empezarán a utilizar hasta los ocho años de edad.

En esta época predominan las **estrategias conductuales de distracción**, por ejemplo cambiar de actividad (Altschuser & Ruble, 1989 citado en Abarca, 2003). La distracción es la táctica más utilizada también para la demora de las gratificaciones. La distracción cognitiva, a diferencia de la conductual, implica redirigir internamente la atención pensando, recordando o imaginando situaciones que generen emociones positivas.

Otra estrategia cognitiva más compleja de regulación emocional que empezaría a ser desarrollada a finales de este periodo es la **reinterpretación de la situación** y **la redefinición de objetivos**. Los adultos ayudan a los niños a reinterpretar las situaciones que generan emociones negativas, orientándoles hacia otras formas de ver la situación tales como decirles que el personaje de la película no ha muerto, sino que está dormido, o que la situación es ficticia, etc. La habilidad para redefinir los objetivos ayuda a ser más realista en las expectativas y minimizar la frustración si éstas no se cumplen. Las estrategias cognitivas son aprendidas a través del modelado y promovidas por el avance en el desarrollo cognitivo.

El conocimiento y utilización de estrategias internas reflejan un avance cognitivo general y, por consiguiente, una mejor comprensión de las experiencias emocionales propias y ajenas que permiten interpretar los acontecimientos socioemocionales. A medida que el niño crece en edad, se amplía el conocimiento sobre la duración de los estados emocionales, la habilidad para verbalizar y discriminar el estado emocional en sí mismo y en los demás, la capacidad para describir las emociones presentes en las diferentes experiencias y el conocimiento de los roles culturales sobre la expresión emocional.

Asimismo, se incrementan las estrategias cognitivas a lo largo del desarrollo, en tanto que las estrategias conductuales permanecen más o menos estables. La utilización de estrategias en solitario, la capacidad para distinguir entre estresores controlables e incontrolables, y la habilidad para escoger la estrategia más efectiva en función de la situación estresante, se gestionará con mayor eficacia hacia mitad de la infancia y primera adolescencia. El **monitoreo** (concentrarse en la experiencia para actuar) resulta más útil para estresores controlables; mientras que las de focalizarse en la distracción son más eficientes cuando se trata de estresores incontrolables (Brenner & Salovey, 1997, citado en Abarca, 2003).

Autores como Brenner & Salovey (1997, citado en Abarca, 2003) distinguen tres tipos de proceso de regulación relevantes para la calidad del funcionamiento social: 1) regulación de la emoción, 2) regulación del contexto, y 3) regulación de la conducta iniciada por las emociones. Por otra parte, las estrategias se agrupan bajo diferentes criterios. Así, éstas pueden clasificarse en función de las dimensiones: externo-interno y social-solitario. Las estrategias externas implican cambiar la

conducta del individuo o el ambiente por ejemplo, hacer ejercicios físicos para reducir la tensión. Las estrategias internas conllevan la alteración de la propia vivencia emocional, como sería sustituir los pensamientos negativos por ideas positivas para minimizar la tristeza. Por otro lado, las estrategias sociales involucran a otras personas (salir con los amigos), mientras que las estrategias en solitario consideran la capacidad del individuo para gestionar sus emociones sin ayuda de otros (leer o ver la televisión solo).

La capacidad de los niños para gestionar la emoción se asocia con una serie de diferencias en las situaciones particulares de cada uno, como puede ser la depresión, los problemas conductuales, o el maltrato. Los niños con tendencia a la depresión no gestionan la angustia o la pena, no aminoran las emociones negativas con estrategias como la distracción, y no mantienen las emociones positivas. Al aparecer este déficit en la regulación, predispone al individuo a sufrir depresión. Los niños con problemas conductuales tenderían a regular la emoción con estrategias agresivas para bloquear su ira, teniendo además menos comprensión en las experiencias emocionales propias y ajenas. Los niños maltratados muestran estrategias reguladoras poco adaptativas, liberando verbal y físicamente su ira, a diferencia de los niños con problemas de conducta que tienden a confiar más en estrategias de evitación y de retirada como mecanismo para afrontar la angustia y la pena (Parke, 1994, citado en Abarca, 2003).

La adolescencia es un periodo emocionalmente muy intenso y con alteraciones frecuentes en el estado de ánimo. Se deben asumir los cambios corporales producidos a lo largo de la pubertad, se desarrollan nuevas dimensiones de su identidad, se inician las primeras experiencias amorosas y sexuales, y progresivamente se van independizando del entorno familiar. Por otra parte, las presiones de los compañeros son especialmente intensas, ya que en esta época ellos son su principal punto de referencia para establecer su autoconcepto. En esta etapa, las estrategias de búsqueda de apoyo se trasladan de los padres a los compañeros y amigos, pero en momentos de crisis utilizan el apoyo de los padres, aunque son ambivalentes respecto a confiar en ellos (Ortiz, 2001, citado en Abarca, 2003). Todos estos cambios requieren de una gran capacidad de autorregulación emocional, y aunque en su bagaje cultural ya poseen muchas estrategias, no las utilizan o no las emplean de manera adecuada.

Los estudios apuntan que lo característico de la regulación emocional del adolescente es su falta de flexibilidad. Son radicales, utilizan sus recursos cognitivos para negar o disfrazar sus emociones, actitudes y conductas que probablemente estén relacionadas con la necesidad de mantener un buen autoconcepto personal. Con todo, utilizan más las estrategias cognitivas de autorregulación emocional (Ortiz, 2001, citado en Abarca, 2003). Con el paso a la madurez, las tácticas de defensa propias de la adolescencia se irán substituyendo por estrategias como la reevaluación de los acontecimientos negativos, el humor, el altruismo o la sublimación (Lavouvie-Vief, Hakim-Larson, Oevoe & Schoeberlein, 1989 citado en Abarca, 2003).

La integración adaptativa de las experiencias emocionales con los procesos de autorregulación estará determinada en gran parte por las primeras experiencias en el establecimiento de vínculo afectivo o de apego. Este proceso dinámico y complejo de interacción social que se produce entre cuidadores y niños, se encarga de trasmitir el bagaje de conductas innatas y aprendidas a través de las generaciones (Saarni, 1997, citado en Abarca, 2003).

Si bien es cierto que tanto la autorregulación como otras competencias emocionales se forman en la primera infancia, también lo es que éstas progresan y se afianzan en el transcurso del periodo preescolar y escolar. Sin embargo, la revisión realizada sugiere que la calidad de la vinculación afectiva en el inicio de la vida influye decisivamente con el estilo emocional que caracterizará a la persona. Así lo demuestra una investigación retrospectiva realizada con adolescentes de 18 años, la que señala que aquellos individuos que habían establecido vínculos de apego seguros eran menos hostiles, menos ansiosos, más flexibles y experimentaban menos emociones de tristeza y una mayor satisfacción con el apoyo social. En cambio aquellos adolescentes que no habían establecido un vínculo seguro habitualmente evitaban la vinculación y reflejaban un estado de preocupación permanente. Esto confirma que los individuos criados en familias cálidas, sensibles y empáticas contribuyen decisivamente a un desarrollo emocional armónico y a la adquisición de competencias emocionales perdurables (Saarni, 1997, citado en Abarca, 2003).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hasta aquí, se ha ofrecido un panorama de lo que es el desarrollo normal y de la autorregulación en la construcción de estrategias de afrontamiento desde un marco teórico evolutivo sobre el desarrollo socioemocional y las vicisitudes que se pueden presentar en las diferentes etapas desde el nacimiento hasta el inicio de la adolescencia.

Para establecer cualquier tipo de tratamiento, es necesario que el terapeuta infantil considere y valore las conductas problemáticas a raíz de lo que puede coincidir con la etapa del desarrollo, la reactividad emocional; esto es, el temperamento y las diferencias individuales en cuanto a expresión emocional y los procesos de autorregulación de las emociones del menor.

En la elaboración de la historia clínica, el profesional requiere tener información sobre el ambiente en el cual el niño se ha desarrollado, el apoyo social con que cuenta, las vicisitudes del desarrollo emocional, las características de los padres o adultos encargados de su cuidado y la valoración que realizan sobre los problemas emocionales motivo de la consulta; conocer sobre las emociones y la conducta de los padres en relación a la crianza, así como las expectativas sobre su hijo y acerca del tratamiento que se llevará a cabo.

Para tener un panorama más amplio de las alteraciones emocionales, a continuación se consideran las alteraciones más frecuentes que pueden presentarse en la infancia y la etiología a la cual pueden estar asociadas. En ocasiones se requiere realizar un estudio psicológico completo antes de iniciar el tratamiento, sobre todo en casos de dificultades severas.

Psicopatología en la infancia y en la adolescencia

En las últimas décadas, numerosos clínicos e investigadores interesados en el estudio de los trastornos psicológicos de la infancia y la adolescencia han consolidado el modelo teórico conocido como **psicopatología evolutiva** o **psicopatología del desarrollo** (Cicchetti & Cohen, 1995a, 1995b; Cicchetti & Rogosch, 2002). En este enfoque de la psicopatología, tanto la conducta normal como la anormal se entienden como variaciones dentro de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos. Achenbach (1990) por ejemplo, refería que las conductas desviadas, que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, no son más que meras variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos del desarrollo.

La psicopatología evolutiva fue descrita por Stroufe y Rutter (1984) como "el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo" (p. 18).

El objeto de la psicopatología evolutiva, por lo tanto, consiste en dilucidar qué procesos del desarrollo subyacen a todos los ámbitos del funcionamiento y en particular, cómo se produce la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada. La perspectiva organizacional que subyace a este enfoque es un marco para entender las intrincadas influencias del curso vital, tanto sobre los estados de riesgo y la psicopatología como sobre el desarrollo normal. Se supone que la vulnerabilidad para los trastornos psicológicos se deriva de las cualidades de la organización entre dichos sistemas, y no tanto de componentes aislados. Teóricamente, las personas bien adaptadas muestran coherencia en la organización de estos sistemas, en contraposición con las personas vulnerables; si bien se supone que no existe un único prototipo de vulnerabilidad sino varios.

Otro principio importante que sustenta la psicopatología evolutiva es que la persona ejerce un rol activo en la dirección del curso de su desarrollo; de modo que, aunque los factores más distantes en la historia personal o las influencias del momento presente sean importantes para el proceso del desarrollo, las elecciones que hace la persona y la auto organización se cree que ejercen una influencia crítica creciente en su desarrollo.

Las experiencias tempranas son importantes, y el análisis de cómo han estructurado la organización de los sistemas biológicos y psicológicos resulta útil para comprender las diferencias interpersonales

en la manera de responder al riesgo y al estrés a lo largo del desarrollo y en un determinado momento, así como en el uso de recursos de protección. Los cambios significativos en el equilibrio entre los procesos de riesgo y de compensación se supone que tienen el poder de alterar la dirección de las trayectorias evolutivas.

Por otra parte, también se asume que la interacción dinámica entre los procesos de riesgo y de compensación se expresa en la conducta de manera diferente, dependiendo de las normas, prácticas, valores y creencias de cada cultura.

Como reflejo de la transición desde modelos de enfermedad a modelos basados en una perspectiva evolutiva de la psicopatología, la investigación sobre la vulnerabilidad en niños y adolescentes ha cambiado, pasando de la identificación de procesos únicos de fragilidad a un análisis de la interacción más amplio entre múltiples mecanismos de vulnerabilidad y protección, factores ambientales de riesgo y compensación y cambios evolutivos. Los factores de compensación incluyen, entre otras características, los cuidados estables recibidos por el niño; sus capacidades de solución de problemas; la aceptación que pueda suscitar entre sus compañeros y los adultos; la competencia manifiesta y la auto eficacia percibida; la identificación con modelos que desempeñan roles de competencia; o la planificación y aspiraciones. Estos factores de protección pueden estar presentes tanto en el individuo como en el ambiente externo, y son muy heterogéneos. (Lemos, 2003).

El surgimiento de los modelos evolutivos de la psicopatología orientó el interés por esclarecer la compleja interacción entre las características del niño y su ambiente social, tratando de identificar los mecanismos de vulnerabilidad y de protección implicados en el desarrollo de cada trastorno específico. En la actualidad, persiste más bien la tendencia a entender cuáles son los procesos y mecanismos de la vulnerabilidad, en vez de tratar de identificar un factor concreto de fragilidad que correlacione con un determinado trastorno.

Mientras que la organización de la psicopatología en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o en el CIE (Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud) se concreta a centenares de categorías diagnósticas, las taxonomías de base matemática permiten organizar los trastornos atendiendo a una estructura jerárquica más simple. Con esta metodología, Krueger y Piasecki (2002) han propuesto un modelo heurístico de tipo jerárquico para la descripción y la explicación etiológica de las dos grandes dimensiones de la psicopatología: la **internalizante** y la **externalizante**; cada una de las cuales se puede manifestar en distintas facetas o dimensiones de primer orden, que conforman patrones de conducta desadaptada. Dichas facetas pueden asemejarse a diversos síndromes clínicos o categorías descritos en los sistemas de clasificación oficiales como entidades diferenciadas.

Generalmente, los modelos de enfermedad solían orientar la investigación psicopatológica hacia un único factor patógeno de carácter endógeno, (p. ej., déficit de atención) y un tipo de trastorno específico (p. ej., hiperactividad, depresión, esquizofrenia, etc.). Con la aparición de los modelos de diátesis-estrés, la atención se dirigió hacia el estudio de la interacción entre la diátesis (los mecanismos de vulnerabilidad) y las experiencias vitales estresantes, que pueden dar lugar al trastorno.

El surgimiento de los modelos evolutivos de la psicopatología orientó el interés por esclarecer la compleja interacción entre las características del niño y su ambiente social, tratando de identificar los mecanismos de vulnerabilidad y de protección implicados en el desarrollo de cada trastorno específico. En la actualidad, persiste más bien la tendencia a entender cuáles son los procesos y mecanismos de la vulnerabilidad, en vez de tratar de identificar un factor concreto que se relaciona con un determinado trastorno.

Teniendo en cuenta que existe una alta comorbilidad de diferentes síndromes clínicos en el mismo individuo, o la co-ocurrencia de síntomas pertenecientes a diferentes entidades clínicas, los trastornos específicos como son la dependencia de sustancias, la conducta antisocial y la conducta desinhibida se supone que comparten mecanismos biológicos o genéticos de vulnerabilidad comunes de la dimensión externalizante, que dan lugar a una deficiente autorregulación de la conducta (Newman & Wallace, 1993); mientras que los diferentes ambientes a los que están expuestas las personas que manifiestan

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

esta vulnerabilidad permitirían explicar su expresión diferencial en patrones de conducta o síndromes específicos. Lo mismo ocurriría con los síndromes específicos de depresión o de ansiedad, que serían expresiones de las influencias ambientales sobre la dimensión amplia, genética o biológicamente determinada, es decir, internalizante (Kendler, 1996).

Desde el punto de vista conceptual, y en consonancia con este planteamiento de la psicopatología, existe un creciente consenso respecto a que mientras el concepto de riesgo se refiere a un amplio conjunto de factores ambientales que están relacionados con el aumento de la probabilidad de que se exprese un trastorno, la vulnerabilidad se refiere a las características endógenas del individuo, que actúan como mecanismos causales en la aparición del trastorno.

Por consiguiente, las oportunidades que da el contexto ambiental pueden aumentar o disminuir la probabilidad y la frecuencia de un determinado patrón disfuncional de conducta. Según esto y tomando los ejemplos anteriores, haber vivido una experiencia traumática o una infancia en un medio familiar desestructurado no causa necesariamente el trastorno de ansiedad o la conducta antisocial, sino que, cuando ya existen dichas conductas, permite la expresión de cualquiera de estos trastornos y contribuye a cristalizarlos. Además, los niños y adolescentes con trastornos de conducta se asocian con otros de la misma condición; al igual que las personas depresivas simpatizan y se relacionan más con quienes manifiestan idénticos problemas.

En consecuencia, puede afirmarse que el estrés contribuye a modular, fortalecer o atenuar, los rasgos pre-existentes y probablemente no a transformarlos; mientras que las oportunidades de poner en práctica la conducta disfuncional contribuyen a cristalizar su expresión diferenciada en cada contexto y su nivel de gravedad. No obstante, y en general, este punto de vista no devalúa la influencia que las experiencias infantiles o la naturaleza de los lazos afectivos desarrollados en edades tempranas puedan ejercer en el origen de los trastornos psicológicos, sino que pretende diferenciar las posibles rutas por las que discurre dicha influencia.

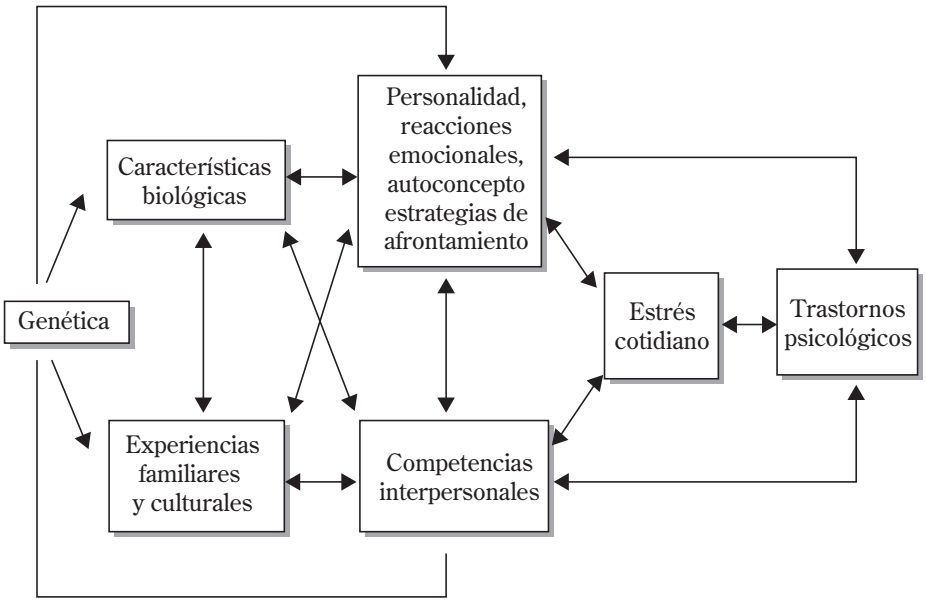
Aún así, cabe la posibilidad de que la influencia del contexto ambiental en la evolución de la psicopatología sea muy limitada en determinados trastornos infanto-juveniles en los cuales su base genética o biológica es más determinante, como son el autismo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la esquizofrenia o el síndrome de *La Tourette*, entre otros.

De acuerdo con este esquema, debería abandonarse la investigación sobre supuestos factores contextuales específicos como causantes de una psicopatología específica y centrar más el esfuerzo en indagar cómo las personas perciben y experimentan el estrés, y cuál es el factor mediador de los rasgos de la personalidad en el estrés percibido. Al mismo tiempo, debería dedicarse mayor atención a identificar los mecanismos ambientales que atenúan o incrementan predisposiciones o conductas desadaptadas ya existentes, y a comprender cómo interactúan en la diferenciación de síndromes específicos del mismo espectro. Solamente así los programas de intervención clínica y de prevención alcanzarán mejor el objetivo pretendido. (Lemos, 2003).

En el cuadro 2-1 se muestra el modelo propuesto por Hammer y Rudolph (1996), sobre los diferentes factores que influyen en el desarrollo de los trastornos emocionales.

La detección precoz de psicopatología infantil permite mejorar el pronóstico final y la calidad de vida de los niños y de sus familias. Ésta se basa en la valoración de los factores de riesgo y el reconocimiento de los signos de alarma a través de la entrevista clínica; por lo que es fundamental tener en cuenta los comentarios y las inquietudes de los padres o cuidadores. Deben evaluarse los factores protectores personales, familiares y sociales, y buscar la presencia de elementos desencadenantes del malestar. La utilización de cuestionarios o pruebas psicológicas facilita la detección, pero en ningún caso sustituye a la entrevista clínica. La derivación a los servicios especializados de salud mental, si se considera necesaria, debe ser argumentada a los padres y planteada como una ayuda, tanto para ellos como para los menores.

Sabrià (2008), en su artículo sobre la detección temprana de los problemas de niños y adolescentes, plantea cuáles pueden ser los factores de riesgo y protección en el niño, el adolescente y la familia, mismos que se enlistan a continuación:



Cuadro 2-1. Modelo de desarrollo de los trastornos psicológicos.

Factores de riesgo psicopatológico

Factores de riesgo destacables en el niño

- Niños temperamentalmente frágiles y vulnerables
- Niños muy retraídos y tímidos
- Niños que han de adaptarse a múltiples cambios: separación de los padres, nuevas parejas, hermanastros, cambios de escuela, de amigos, de población
- Niños con afecciones como discapacidades físicas importantes o enfermedades crónicas
- Niños sometidos a demandas excesivas o inapropiadas para su edad
- Niños con déficits sensoriales graves
- Niños con retraso mental

Factores de riesgo destacables en el entorno familiar

- Depresión materna posparto, especialmente si no hay figuras de apego sustitutas estables y seguras
- Familias con padre o madre con padecimientos como enfermedad mental grave, en especial depresión mayor, esquizofrenia o trastornos graves de la personalidad
- Familias en situación de pobreza económica y cultural
- Familias monoparentales sin soporte de la familia extensa
- Padres muy jóvenes sin soporte de la familia extensa
- Familias con problemas de drogodependencia como el alcohol u otras drogas
- Rupturas familiares en las que se mantiene una hostilidad crónica entre la pareja de padres
- Familias inmigrantes sin grupos sociales de apoyo en su entorno
- Familias en las que algún hijo es utilizado como **chivo expiatorio** de los conflictos familiares
- Familias con disputas intrafamiliares persistentes y severas entre los adultos, con marcada tensión y conflicto intrafamiliar
- Familias con patrones disfuncionales de relación entre sus miembros

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Principales relaciones familiares disfuncionales

- Los patrones rígidos, inflexibles, incapaces de adaptarse a los cambios
- Las familias que niegan y evitan sistemáticamente el conflicto (todo va bien siempre)
- Las relaciones familiares muy involucradas. En ellas, no hay unos límites claros entre sus miembros, no queda espacio para la intimidad y la individualización de cada uno
- Las relaciones sobreprotectoras: los padres no se adaptan a las progresivas demandas de independencia de los hijos. Se les priva de comportamientos autónomos y se les mantiene infantilizados
- Las relaciones frías, indiferentes, con ausencia de cariño de los padres, sin interés por los avances del niño. Los padres no refuerzan sus conductas positivas, no se interesan por sus estudios, por sus compañeros
- Los padres que, debido a sus compromisos personales o profesionales, no se organizan para dedicar un tiempo mínimo a sus hijos

Lactante y primera infancia

- Trastornos persistentes de las funciones fisiológicas: alimentación, sueño, llanto
- Niño excesivamente tranquilo y pasivo
- Trastornos en la comunicación y en la relación con los demás
- Retraso o regresión en el lenguaje
- Ausencia de juegos de ficción a los 18 a 24 meses

Escolar

- Quejas somáticas persistentes sin detectarse patología orgánica
- Tristeza, inhibición, pérdida de ilusión, irritabilidad, culpabilidad
- Miedos y preocupaciones desproporcionadas
- Ansiedad marcada, rituales compulsivos, intensa ansiedad al separarse de los padres
- Aislamiento, inhibición social, mutismo
- Trastornos de conducta por excesiva impulsividad, oposicionismo, comportamiento destructivo, pérdida de atención y concentración, hiperactividad sin finalidad
- Marcado fracaso escolar
- Encopresis no orgánica
- Enuresis secundaria
- Tartamudeo o trastornos del lenguaje que dificultan la relación o el aprendizaje
- Signos de alerta de maltrato y abuso sexual (aplicable a todas las edades): tristeza, desconfianza, abatimiento, desasosiego, actitud ausente, cambio súbito de carácter, alteración importante del sueño
- Cambio en la conducta escolar sin motivo aparente
- Actitud hipervigilante
- Dolores frecuentes sin causa aparente.
- Deficiencia en la higiene
- Falta de cuidados médicos básicos

Principales signos de alerta en el adolescente

- **Sospecha de abuso de sustancias tóxicas:** fatiga crónica, pérdida de peso, apatía, estreñimiento, ojos rojos, deterioro de la higiene, cambios de humor, autodesprecio, autoestima baja, culpabilidad
- **Anorexia y bulimia:** imagen corporal distorsionada, obsesión con el peso y los alimentos, restricciones marcadas y conductas extravagantes con la comida, vómitos autoprovocados, irritabilidad, humor depresivo, retraimiento social, perfeccionismo, baja autoestima
- **Trastornos afectivos:** tristeza, pesimismo, infravaloración, insomnio, pérdida de apetito, irritabilidad, quejas somáticas repetidas sin base orgánica, ideas de muerte o de suicidio, ansiedad marcada, rituales compulsivos

- **Trastornos psicóticos:** signos incipientes, precoces: menor capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, estado de ánimo depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, retraimiento social, desconfianza, deterioro en el funcionamiento habitual, irritabilidad
- **Signos de un cuadro ya más instaurado**: marcado deterioro personal, familiar y escolar, ideas extrañas, interés absorbente por cuestiones filosóficas, religiosas, delirios y alucinaciones

Factores de protección psicosocial

Factores protectores en el niño

- Buena salud física
- Temperamento agradable, adaptable, sociable
- Nivel de inteligencia normal, especialmente en el aspecto verbal y abstracto
- Capacidad para percibir y expresar las propias emociones y sentimientos
- Buenas relaciones con los compañeros, tiene amigos
- Curioso, con interés por las cosas, disfruta con el juego
- Sabe compartir y aceptar las reglas del juego
- Avanza correctamente en los estudios

Factores protectores en la familia

- Una relación afectuosa entre sus miembros, capaz de generar confianza, seguridad y autoestima en los hijos
- Un marco familiar estable y, al mismo tiempo, flexible para adaptarse a los cambios
- Una disciplina coherente, que fija límites claros, adaptada a la edad del niño, con rechazo explícito del castigo físico, la humillación y el desprecio
- Capacidad de cambio para adaptarse a los conflictos y a las crisis vitales
- La existencia de comunicación fluida entre los miembros de la familia. Es posible discrepar y confrontar opiniones dentro del marco familiar
- Los límites dentro de la familia están claros: el subsistema parental y el subsistema filial están nítidamente definidos
- Los padres escuchan a los niños, fomentan el diálogo y les ayudan a pensar y expresar sus opiniones
- Los padres ayudan a los niños a percibir sus emociones y manifestar sus sentimientos
- Hay una buena relación con la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.
- La familia participa y se implica en la cultura de su entorno, con actividades lúdicas, deportivas, culturales, políticas o sociales
- La familia tiene fácil acceso a las redes profesionales de soporte: sanitarias, sociales, culturales, deportivas, etc.

Motivos por lo que se demanda la atención psicológica en los niños

El desarrollo infantil supone un conjunto de variables que el terapeuta debe tener presente al trabajar con niños, dado que las variables relacionadas con la edad, además de determinar la elección de métodos y procedimientos afecta a la consideración de una conducta como problema. Normalmente, los niños son remitidos a tratamiento por un adulto, ya sea porque la conducta resulta molesta para las personas que conviven con el niño; porque tal comportamiento suscita preocupación en los adultos debido al sufrimiento que observan le está causando al niño o bien porque exista la posibilidad de que en el futuro el niño sufra por ello. En general, padres y maestros solicitan tratamiento psicológico con más frecuencia por excesos conductuales como hiperactividad o agresividad, que por problemas de retraimiento social u otro trastorno de ansiedad. Se corre aquí el riesgo de que la ayuda solicitada no se haga pensando en el niño, sino en el adulto que se siente incómodo con la situación.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por tanto, una cuestión clave es decidir si realmente la ayuda terapéutica que se solicita por los padres o educadores resultará benéfica para el niño, pues con demasiada frecuencia son los adultos los que consideran que el niño requiere de atención Puede ser que los padres busquen en el terapeuta un cómplice que les corrobore que el niño está mal y que no tiene remedio; en otras ocasionesincluso prefieren descubrir que hay alguna causa de naturaleza orgánica, como un daño neurológico, porque esto les permite aliviar la culpa que les genera su participación en la **falla** de su hijos o bien desligarse del problema, puesto que imaginan que en ese caso el tratamiento se reduciría a darle al niño un medicamento.

Puede darse el caso que los progenitores busquen que alguien se haga cargo del problema del niño, que lo vea dos o tres veces por semana, pero sin tener que participar ellos mismos (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007).

Otras veces los padres desconocen las características del desarrollo infantil y pueden tomar como síntoma algo que es normal, como por ejemplo, que el niño se chupe el dedo, los berrinches o las dificultades que puedan presentarse para adaptarse a estímulos nuevos, como lo es el cambio de escuela o de casa.

La primera labor del terapeuta que trabaja con niños es hacerles ver a los padres que tienen que involucrarse y participar en el tratamiento de sus hijos; aunque a veces es difícil que acepten colaborar, sobre todo cuando el niño se ha convertido en el **chivo expiatorio** de las dificultades familiares.

Enfocar las cosas de esta manera hace más complicado el trabajo con los menores pues implica que no se puede trabajar con los niños sin hacerlo con los padres, los cuales pueden estar dispuestos a llevar al especialista a su hijo, pero no a involucrarse en su tratamiento.

Lo primero que tiene que plantearse el terapeuta, es evaluar el problema en un contexto ecológico que considere todas las aristas del mismo, desde las implicadas en las dificultades del desarrollo socioemocional del niño, considerando las conductas propias de la edad, como las que se constituyen en riesgo de presentar alteraciones psicopatológicas. Asimismo se debe evaluar el contexto ambiental (familia, escuela), en el que el menor se desenvuelve, las dificultades del niño para afrontar las situaciones y los problemas que se mantienen por efecto del ambiente como pueden ser las pautas de crianza o estar expuestos a estresores medioambientales que dificultan el desarrollo normal y perpetúan los conflictos, lo que puede derivar en otra etapa de la vida en una conducta abiertamente patológica.

Para valorar el problema de manera integral, no se requiere únicamente tener un diagnóstico del niño, sino también de los padres y de cómo el menor se inserta en la dinámica familiar; por lo que se hace necesario evaluar al menor y a los adultos con entrevistas tanto con los padres, como con el niño; además de emplear las diferentes técnicas de psicodiagnóstico disponibles y pertinentes en cada caso. En las últimas décadas, se utiliza el juego en el que intervienen todos los miembros de la familia para determinar el conflicto y la dinámica familiar. Este tipo de diagnóstico, utilizado por Gil y Sobol (2000), se documenta en los casos que se ilustran en el libro.

Al hacer una evaluación a un niño, es importante considerar para qué y para quién se hace, así como qué se pretende con ella. Esto tiene como objetivo realizar un diagnóstico de la situación que se presenta; el cual va a implicar muchas cosas, entre otras, como la que se acaba de mencionar: que quizá no sea el niño el que requiera el tratamiento.

La obligación del psicólogo es lograr una comprensión **objetiva** de la situación; concuerde ésta o no con las expectativas de los padres y proponer el tratamiento adecuado. Es claro que hay ocasiones en que no se requiere tratamiento alguno, en ese caso es necesario orientar a los padres en relación con el problema que plantean.

Una vez realizada la evaluación, suele suceder que son varias las conductas sobre las que hay que intervenir, por lo que se proponen criterios para priorizar el tratamiento. En primer lugar, actuar sobre los comportamientos que puedan resultar peligrosos para el niño o sus allegados. Segundo, elegir comportamientos que puedan tener efecto positivo sobre otras conductas con las que están relacionados. Tercero, injerir sobre comportamientos que no cumplen las normas sociales. Cuarto,

escoger comportamientos que se requieren para el desarrollo de otros repertorios de conducta. Quinto, seleccionar conductas que influirán de manera positiva en la adaptación del niño. Por último se requiere tratar las conductas que alteren el sistema de contingencias, y ayudar a que el niño desarrolle estrategias de autorregulación emocional que le permitan afrontar las dificultades y tener comportamientos que lo lleven a favorecer del desarrollo armónico del *self*.

Este desarrollo, se logra cuando el menor es capaz de autorregularse emocionalmente de manera que presente menos estrés y conflictos y pueda esperar por la gratificación. Asimismo el contar con mayores estrategias para lidiar con sus emociones y las situaciones difíciles a las que tiene que enfrentarse, le permitirá ponerse metas a largo plazo, planear y anticipar las consecuencias de sus acciones, afrontar retos, vencer dificultades y tomar iniciativas con seguridad, así como reconocer los propios sentimientos y tomar en cuenta los sentimientos de los demás.

Motivos de consulta en los casos clínicos trabajados en este libro

Para ilustrar la psicopatología y los motivos por los cuales un menor es atendido en psicoterapia infantil, en esta sección se ofrece una breve descripción de las causas de consulta presentadas como ejemplo del trabajo terapéutico. En estos casos, se pone de manifiesto cuáles son las dificultades por las que se lleva a los menores a recibir tratamiento psicológico, y cómo los problemas se relacionan con las dificultades que han tenido para autorregular sus emociones y su conducta de acuerdo a las expectativas del ambiente social en que se desenvuelven.

CASO 1.

El primer caso se refiere a un niño de 10 años que presentaba dificultades en el control de sus emociones, en especial del enojo; mostraba baja tolerancia a la frustración, lo que originaba berrinches frecuentes. El menor había sido previamente diagnosticado con una inmadurez neurológica debido a que al nacer presentó hipoxia, lo que le provocó crisis convulsivas, manteniéndolo cuatro días en la incubadora. Por las complicaciones perinatales que sufrió, el menor presentó retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, por lo que desde pequeño ha recibido apoyo profesional en dichas áreas.

En el momento de la consulta, la mamá solicitó apoyo psicoterapéutico para trabajar dos aspectos principalmente. El primero se refería a la conducta de su hijo, el segundo a mejorar la relación con su hermano, quien era dos años menor que él (estaba en el mismo grado escolar, aunque en otro salón de la misma escuela). Su hermano menor había adoptado el papel de hermano mayor al tratar de protegerlo, lo que generó en el paciente mucho enojo por asumir esa responsabilidad, y era motivo de frecuentes conflictos entre los hermanos que los padres no sabían cómo manejar.

CASO 2.

En este caso se atendió a un niño de 5 años con Síndrome de *Asperger*. La maestra de preescolar solicitó evaluación psicológica, ya que el niño presentaba problemas importantes para relacionarse con sus compañeros debido a que se ponía nervioso cuando se le acercaban, no podía seguir instrucciones, era muy inquieto y berrinchudo, presentaba comportamientos circulares, se aislaba y su lenguaje era repetitivo. Esto hacía difícil el manejo educativo del menor, ya que no soportaba estar sentado con otros niños, tiraba el material, gritaba mucho, se salía del salón de clases e iba a balancearse a las ramas de los árboles del patio. Cuando permanecía en el salón, se escondía bajo la mesa de trabajo, bajo el escritorio de la maestra o se encerraba en el armario, no miraba a la cara y parecía que no escuchaba a los demás.

La madre refería tener problemas para su manejo y estaba consciente de los problemas que tenía el niño para relacionarse, además de que se angustiaba porque el niño no les hacía caso, ni a ella, ni al padre. La madre mencionó, que tenía miedo de que el niño no la quisiera, ya que éste siempre

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

pasaba frente a ella como si ésta no existiera. "Le hago cosquillas y no se ríe, lo abrazo y lo beso y me rechaza...".

CASO 3.

El tercer estudio de caso muestra el trabajo realizado con un niño de 11 años de edad, con diagnóstico previo de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo predominio hiperactivo-impulsivo cuando el niño tenía 7 años; ya había recibido tratamiento farmacológico, esto le ayudó a mantener su atención por periodos prolongados, lo cual se reflejó en su desempeño académico. Sin embargo, 4 años después sus padres buscaron el apoyo de la psicoterapia infantil, debido a que la relación del niño con su madre comenzó a tornarse cada vez más conflictiva, además de que con frecuencia peleaba con su hermana agrediéndose física y verbalmente. El menor mostraba poca tolerancia a la frustración y no le gustaba recibir órdenes; en ocasiones era desafiante con sus padres, maestros y compañeros y era muy poco afectuoso. La madre llegó a sentirse abrumada y manifestaba: "¡Ya estoy cansada de la situación! ¡Ya no sé qué hacer con mi hijo!". Por su parte, el padre prefería no involucrarse en la dinámica familiar, a lo cual argumentaba que: "Temía perder el control" y cuando esto sucedía reaccionaba de manera agresiva.

Como se puede apreciar, los tres casos anteriores contaban con un diagnóstico previo de etiología biológica que había limitado su desarrollo socio-afectivo para lo cual únicamente habían recibido tratamiento farmacológico y psico-educativo en el aspecto cognitivo; sin embargo, no se habían trabajado las dificultades emocionales y lo que eso representa para la adaptación del menor en su medio familiar y escolar.

CASO 4.

Se refiere al caso de un niño de 8 años de edad, quien presentaba tricotilomanía, ansiedad, problemas de conducta en la escuela, poca confianza en sus capacidades y dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales.

Los padres del menor presentaron como motivo de la consulta, además de la tricotilomanía, el temor de que en la escuela su hijo fuera señalado por sus profesores y compañeros, mismos con quienes le costaba trabajo relacionarse. No obstante, sus calificaciones no se encontraban afectadas. En el caso de la tricotilomanía, mencionaron que se presentaba cuando el niño estaba tenso o molesto. Habían recurrido a cortarle el cabello muy chiquito para **evitarle la tentación** de jalarse el pelo, lo que consideraron les dio buenos resultados.

Comentaron que anteriormente era demasiado agresivo, inquieto, siempre estaba **a la defensiva** y **molesto**, pero que probablemente estos síntomas habían mejorado debido a la maduración del niño. No obstante eran conductas que continuaba presentando, aunque en menor grado. En la escuela lo reportaban como un niño inquieto, que no permanecía sentado en su asiento y que en ocasiones, le costaba esperar su turno. Cabe mencionar que el colegio se regía por altos niveles de exigencia en cuanto a la disciplina.

CASO 5.

Describe el caso de un niño 10 años de edad. El menor acudió a terapia debido a que quería dejar de tartamudear. Esta dificultad le afectaba socialmente y se mostraba ansioso. Asimismo, a sus padres les preocupaba el enojo que presentaba el niño cuando las cosas no salían como lo esperaba.

Los padres manifestaron que el niño les pidió que lo llevaran con alguien que lo ayudara a dejar de tartamudear. Ellos estaban preocupados por la situación de su hijo, ya que la tartamudez lo afectaba a tal grado que en ocasiones no quería entablar conversaciones con gente desconocida, tanto en la casa como en la escuela.

Cuando el niño tenía tres años y medio, la familia tuvo que mudarse de su lugar de origen a la ciudad de México por el trabajo del padre; cinco años más tarde, se regresaron. Los padres comentan

que después de un tiempo de haber ingresado a su nueva escuela en la ciudad, empezó a ser más notorio el problema de tartamudez. Recibió tratamiento con el fin de disminuir esta dificultad, no obstante, el problema se agudizó a tal grado que sus compañeros del colegio se burlaban y le ponían sobrenombres, como **disco rayado**.

Otra cuestión que preocupaba a los papás era el enojo que presentaba el menor cuando las cosas no salían como lo esperaba; por ejemplo, algunos planes de la familia, sus calificaciones o las decisiones de sus padres. Describían a su hijo como un niño muy estructurado que se enojaba y frustraba cuando las cosas no resultaban como él quería y que les exigía que cumplieran lo que le prometían.

CASO 6.

Es el caso de una niña de 9 años, quien pide a su mamá que la lleve a terapia como a su hermano, ya que presentaba diversos temores: a crecer, a ser secuestrada, pesadillas, dificultad para dormirse sola, preocupación relativa con la muerte tanto de sus padres como la propia, angustia y pensamientos catastróficos ("no quiero crecer porque sé que voy a drogarme, tomar alcohol o me van a secuestrar y matar").

La niña comenzó a presentar el problema dos meses antes del inicio de la psicoterapia, posteriormente a un viaje de toda la familia al extranjero. Todos describían estas vacaciones como placenteras y gratificantes, asimismo señalaban que durante toda la estancia la niña mostró una actitud relajada y de cercanía con su hermano, amigos y con su mamá. Sin embargo, al llegar a la ciudad de México escucharon la noticia de que un adolescente, hijo de un empresario, había sido secuestrado y asesinado, suceso al que la menor reaccionó con mucha ansiedad.

Posteriormente a este evento, la madre comentó con sus hijos "los riesgos que podrían tener durante la adolescencia", les habló de las drogas y el alcoholismo, ya que quería prevenirlos de todos esos peligros, por la preocupación que tiene por sus hijos. La plática de la madre respecto a los **riesgos en la adolescencia** fue vivida por la niña como abrumadora y respondió con angustia y miedo, percibiéndose a sí misma como vulnerable e incapaz de afrontar dichas situaciones, refiriendo que "ella seguro se iba drogar o tomar cuando fuera adolescente y que por eso no quería crecer: ¡tenía miedo de crecer!" (sic. niña).

Estos tres casos presentan en común la etiología ansiosa derivada de la dificultad que tienen los menores para controlar y afrontar situaciones ambientales estresantes, lo que da lugar a síntomas somáticos y a actitudes fóbicas; y que puede clasificarse como ansiedad, relativa a influencias ambientales sobre la dimensión amplia, genética o biológicamente determinada, de manera internalizante.

CASO 7.

Se expone el caso de un niño de 9 años de edad, quien se presentó al consultorio con síntomas de depresión infantil. Debido a la violencia familiar, los padres se habían separado, por lo que el menor vivía en un entorno familiar disfuncional.

La madre fue quien pidió apoyo psicológico para su hijo. Explicó que desde que su hermanita nació, él la molestaba, le pegaba y regularmente estaba enojado. Mencionó que conforme pasó el tiempo, este enojo se incrementó y multiplicó cuando sus padres se separaron. A la fecha de la evaluación al niño le gustaba ver la caricatura de **Dragon-ball Z** y jugar con videojuegos de pelea; al terminar la actividad, iba con su hermana para pelear como lo hacían en la pantalla, argumentaba que estaba jugando con ella, pero terminaba pegándole y ahorcándola.

La madre explicó que para terminar con los problemas entre sus hijos le hablaba al niño de todas las formas posibles (platicando o con gritos) y parecía que el niño no le hacía caso, no la obedecía y no dejaba de pelearse con su hermana.

Al no tener resultados la madre se desesperaba y se enojaba con ellos, por lo que les pegaba, gritaba y castigaba en diversas ocasiones.

Además de los problemas con la hermana, la madre mencionó que el niño era inseguro porque le daba pena participar en la escuela, que tenía poca o ninguna convivencia con sus compañeros de clase

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y que se enojaba cuando le llamaban la atención. De acuerdo a la madre su hijo era muy desordenado porque no tenía cuidado con lo que hacía, tenía sus cuadernos hechos **chicharrón** y aventaba el uniforme; por lo que la madre con frecuencia se refería a él como **cochino y desordenado**.

Finalmente la madre mencionó que quería que se le proporcionara apoyo para que su hijo no estuviera tan triste por la separación de sus papás.

CASO 8.

Se presenta el caso de un niño atendido en un albergue de protección para menores, por haber sido víctima de maltrato físico por parte de su madre y ser violado por su padrastro. Fue canalizado por el Departamento de Psicología del albergue en el que se encontraba debido a que desde su ingreso, las personas encargadas de su cuidado lo veían muy afectado por el abuso sexual constante y brutal que había sufrido por parte de su padrastro, además del maltrato físico que le propinó su madre desde los dos años de edad.

Entre los síntomas que los cuidadores reportan se encuentran la hiperactividad, dificultades para concentrarse, aislamiento, deficiente control de impulsos, ausencia de límites, agresión con compañeros y adultos, inseguridad, miedo, soledad, culpa, aplanamiento afectivo y retraimiento.

En estos dos casos se puede apreciar cómo las condiciones medioambientales adversas, generaron las dificultades en el manejo emocional y conductual de los niños, lo que los llevó a presentar conductas inadaptadas que se manifestaban en actitudes de agresión y síntomas depresivos.

CASO 9.

Se presenta el caso de un niño de siete años que tenía dificultades de atención y obediencia en el ámbito escolar y familiar. Los padres del menor decían sentirse angustiados y preocupados porque el niño presentaba problemas de actitud: "En ocasiones no obedece órdenes y en la escuela han notado que puede presentar problemas de falta de atención". La conducta del niño había llegado a tal grado, que en una ocasión se quedó acostado en el piso del salón sin realizar actividad alguna y como consecuencia había tenido que permanecer en la dirección del colegio. Asimismo, indicaron que se distraía mucho, que constantemente se levantaba de su lugar y platicaba mucho durante sus clases.

Por ello, solicitaron una evaluación psicológica para el menor debido a que tenían interés en saber qué le sucedía a su hijo, además de que la escuela se los había sugerido.

El niño comentó que las dos cosas que no le gustaban eran: ser hijo único y que sus compañeros de la escuela le decían **tortuga** porque siempre se tardaba en acabar las actividades en el salón de clases. El niño sabía que sus papás estaban preocupados porque se portaba mal en la escuela y que por su mala conducta lo llevaban a la dirección.

Hacía tres años que los papás del niño se habían divorciado; éstos señalaron que se adaptó fácilmente a su nueva situación familiar, que nunca verbalizó o presentó algún conflicto y que antes de la separación había presenciado algunas discusiones entre sus papás.

En este último caso, la conducta motivo de consulta parece constituirse en una llamada de atención y en una defensa del menor para manejar los cambios en su vida a raíz del divorcio de sus padres.

En los casos que se presentan, el evaluar la problemática desde un prospectiva holística e integradora permitió ofrecer a los menores y a sus padres y/o encargados de su crianza, estrategias para manejar su conducta y afrontar las dificultades de vida.

Para planear un tratamiento de psicoterapia infantil que resulte efectivo frente a la demanda de los pacientes, se requiere contar con un diagnóstico integral que esclarezca la compleja interacción entre las características del niño y su ambiente social, tratando de identificar los mecanismos de vulnerabilidad y de protección implicados en el desarrollo de cada trastorno específico.

En el siguiente apartado se esquematizan los elementos que deben considerarse a partir del motivo de consulta para llevar a cabo la intervención terapéutica y sistematizar los hallazgos para comunicarlos.

Los casos completos que este libro ofrece se presentan de manera didáctica, desde el motivo de consulta, historia del desarrollo, las técnicas empleadas durante el proceso de la terapia. Por último se

plantea que todo tratamiento sea evaluado en cuanto a pertinencia y eficacia, considerando siempre un seguimiento del caso, ya que es posible que los cambios o dificultades que se presentaron a lo largo de la terapia no permanezcan con el tiempo o bien que las modificaciones se deban a la maduración biológica y socio-afectiva, ya que cuando se trabaja con niños los resultados que pueden generarse también son producto del desarrollo y la maduración.

Formato para la redacción de casos clínicos

1. **Título del caso**
2. **Resumen:** de forma resumida se presenta el caso clínico con los datos de la evaluación, selección del tratamiento, número de sesiones, resultados obtenidos, seguimiento, etc. Este resumen debe tener entre 200-250 palabras, en el cual es necesario hacer explícito que se trata de un estudio de caso.
3. **Identificación del paciente**: indicar la edad, sexo, nivel de estudios, nivel sociocultural/económico, procedencia geográfica, así como cualquier otro aspecto de interés que ayude a entender las características del niño(a). Se puede incluir además un genograma de la familia en el que se comente con quién vive el menor, pues el contexto de interacción social y socio-afectivo (familiar, escolar, institucional) en el que ocurre el problema es muy relevante.
4. **Motivo de consulta:** describir el problema que plantean tanto los padres como el niño y lo que el terapeuta percibe. En ocasiones el menor no sabe muy bien cuál es el problema, por lo que es importante mencionarlo.

   En esta fase se recoge información acerca de antecedentes relevantes del problema y sobre la sintomatología descrita por el paciente a nivel cognitivo, fisiológico, motor y emocional. No obstante, no sólo hay que centrarse en el problema, pues también es importante analizar la demanda de los padres o encargados del menor y de éste.
5. **Historia del desarrollo del niño:** mencionar los aspectos más relevantes del crecimiento del niño que se relacionen con el motivo de consulta.
6. **Análisis y descripción del comportamiento:** definir de forma operativa las conductas problema y las variables relacionadas como: otras actitudes, variables biológicas, ambientales (físicas y sociales).
7. **Selección del tratamiento más adecuado:** especificar y justificar el tipo de tratamiento que se considera más adecuado para el caso en concreto y en función de por qué se ha seleccionado éste (marco teórico).
8. **Objetivos y metas:** Señalar cuáles son las metas que se pretenden alcanzar con el tratamiento propuesto; en función de la problemática planteada.
9. **Aplicación de técnicas y resultados obtenidos:** especificar el número de sesiones totales y en cada una de las fases del tratamiento indicar las técnicas utilizadas dependiendo del momento del proceso terapéutico (inicial, intermedio y final) y cuáles fueron los resultados obtenidos en cada uno de los momentos del proceso.

   Se requiere documentar el proceso terapéutico en sus diferentes momentos, con justificación de las técnicas y la teoría que sustenta la intervención.
10. **Evaluación de la eficacia del tratamiento:** indicar cómo se evaluó la eficiencia del tratamiento y cuáles fueron los resultados a largo plazo.
11. **Seguimiento:** especificar si se ha realizado y en qué periodos. En el caso de producirse cambios en el seguimiento, tratar de explicar los motivos y dar recomendaciones de cómo proceder.
12. **Referencias**

Características deseables en un terapeuta infantil

El psicólogo que ha decidido dedicar su trabajo al diagnóstico de problemas emocionales y al apoyo terapéutico de la población infantil debe comprender que se enfrentará a retos muy importantes y en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

ocasiones complicados, que le involucrarán a él y a sus pacientes; pero también saber que este tipo de actividades le proporcionará grandes satisfacciones.

Para trabajar con los niños es importante que el terapeuta infantil tenga una sólida formación profesional en Psicología y haya pasado por un proceso de revisión e introspección sobre sí mismo; esto es, el propio tratamiento psicoterapéutico, la práctica y supervisión constante de su quehacer profesional. Además de cubrir un perfil determinado para trabajar con niños, adolescentes y los adultos padres o cuidadores principales del menor.

De acuerdo con Aguilar (citado en Lemus, 2003), las características generales que debe cubrir un psicoterapeuta para ejercer de manera plena su profesión son las siguientes:

- **Razonamiento abstracto**, que le permitirá entender el discurso del paciente o cliente, ordenarlo y formular hipótesis de trabajo acerca del enfoque terapéutico que debe seguir
- **Preparación formal e intensa.** La **formación académica y didáctica** será importante para adquirir los conocimientos básicos que le permitirán al terapeuta realizar diagnósticos y hacer propuestas de intervención terapéutica de acuerdo a la problemática detectada. La **terapia personal** ayudará al profesional en psicoterapia infantil a trabajar en sus propias áreas de conflicto, para que éstas no intervengan en la comprensión del problema, ni en el proceso terapéutico del paciente. Finalmente con la **supervisión constante**, el terapeuta infantil podrá trabajar con un experto en el área que le compete para compartir experiencias, inquietudes, propuestas, errores y de esta manera le ayude a guiarlo y capacitarlo para su mejor desempeño profesional
- **Valores humanísticos, sociales y teoréticos**, contribuirán a que el terapeuta tenga un sincero interés por el hombre mismo y así ejercer una profesión netamente humana. Que sea un filántropo por excelencia
- **Estabilidad emocional,** que estará basada en un sentido de autoestima alto, relaciones significativas satisfactorias, especialmente en el ámbito familiar y social; un sentido de vida y un proyecto fundamental de vida que le brinde orden y seguridad. Esto hace que al paciente se le transmita un sentimiento de seguridad y que asimile algunos valores
- **Identidad.** La cual obtendrá al sentirse una persona única e irrepetible, pues sabe cuál es su propio estilo de hacer y ser en el mundo. Además el terapeuta infantil debe sentirse parte de un grupo, lo que logra cuando se da cuenta de que comparte con otro(s) un mismo idioma, experiencias, costumbres, formas de hacer y pensar y en general una manera muy similar de ver la vida
- **Relaciones interpersonales.** A través de las cuales podrá interactuar satisfactoriamente con quienes le rodean (familiares, compañeros de trabajo, pacientes, etc.) y ayudarlos a mejorar su calidad de vida, visualizar las opciones para su autorrealización, para aclarar la naturaleza de sus procesos psíquicos y normas de la vida. Para ello deberá considerar las experiencias de su relación con su entorno en diferentes etapas de la vida, mismas que han sido introyectadas en el Yo (símbolos, significados, estructuras mentales, valores, sentimientos, emociones, paradigmas, autoconcepto, autoestima y sobre todo códigos socioculturales) y constituyen la esencia de su *self*

Axline (1975) menciona que además de las características anteriores, el psicoterapeuta infantil debe:

- Tener un entendimiento y un genuino interés en el niño
- Ser flexible y accesible en todo momento
- Tratar al niño con sencillez y honestidad
- Poseer sentido del humor y paciencia
- Mostrar interés y disposición para trabajar con los niños y todo aquello que constituye su entorno (padres, maestros, etc.)
- Debe ser un adulto amigable, digno de confianza
- No intentar marcar el proceso con sus juicios y prejuicios conduciendo el proceso hacia metas idiosincrásicas propias del terapeuta

Función del terapeuta dependiendo del marco teórico

Se requiere que el terapeuta sea flexible e inclusivo; esto es, que conozca diferentes aproximaciones teóricas y utilice con juicio crítico aquéllos principios y fundamentos que son pertinentes para el problema, sin mostrar una rigidez dogmática con respecto a las técnicas y teorías que en el tiempo han sido desarrolladas. El terapeuta infantil debe ser creativo e innovador, estar a la vanguardia y actualizarse de manera continua.

Importancia de la trasferencia y la contratrasferencia en la psicoterapia infantil

En el trabajo con niños, el terapeuta infantil necesariamente revive su propia infancia, (niñez que está reprimida), lo cual hace que este trabajo sea más complicado que el realizado con los adultos, pues puede ser que sin darse cuenta el profesional trate de darle al niño lo que a él no le dieron sus padres, o lo que hubiera querido que le dieran.

Podría ser también que por diversas razones el profesional, se convierta en cómplice de los padres y comprometa al niño en un tratamiento que no es necesario, ya sea por razones contratrasferenciales o por necesidades económicas o de prestigio.

En otras situaciones puede suceder que se convierta involuntariamente en juez de los padres, cosa que a veces ellos temen y ven confirmada. Es importante que el terapeuta evite jugar este papel, pues no tiene derecho de juzgar a los padres, quienes también reviven la propia infancia con sus hijos, por lo que aunque no quieran ser como sus progenitores, a veces se descubren actuando exactamente como ellos (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007).

Cuando se trabaja en psicoterapia, no debe olvidarse que el quehacer es fundamentalmente con las emociones, tanto del paciente o pacientes como las propias que siempre se pondrán en juego; por lo que es menester estar siempre atentos, tanto con la escucha de las emociones del paciente, como con las propias que inevitablemente intervienen en todo proceso de relación, y más aún cuando se trata de un vínculo tan estrecho, donde el paciente pone de manifiesto, sus propios procesos internos.

Por lo anterior, el trabajo en psicoterapia infantil siempre implica que el profesional que la ejerza tenga una actitud ética y responsable.

REFERENCIAS

Abarca, M. (2003). *La educación emocional en la educación primaria:currículo y práctica.* Universitat de Barcelona. Tesis Doctoral.

Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Miller (Ed.), Handbook of developmental psychopathology. New York: Plenum Press.

Ato, L., González, S., & Carranza, C. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología, 20,* 69-79.

Axline, V. (1975) *Terapia de juego*. México: Diana

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self regulatory mechanisms. En R. A. Dienstbier (Ed.), *Perspectives on motivations*. (38, pp. 69-164). Lincoln: University of Nebraska Press.

Barrett, K. C., & Campos, J. J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. En J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp. 555 – 578). New York: Wiley.

Berlin, L. J. & Cassidy, J. (2003). Mothers' self-report control of their preschool children's emotional expressiveness: a longitudinal study of associations with infant-mother attachment and children's emotion regulation. Social Development, 12, 474-495.

Block, J.H. & Block, J. (1980) The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. En W.A. Collins (Ed.), *Minnesota symposium on Child Psychology* (pp.39-101). Hillsdale, NJ:Earlbaum.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Brandstadter, J. (1989). Personal self-regulation of development: cross-sequential analyses of development-related control beliefs and emotions. *Developmental Psychology, 25*(1), 96–108.
Cantor, N., & Zirkel, S. (1990). Personality, cognition, and purposive behavior. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guilford.
Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (Eds.). (1995a). Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods. New York: Wiley.
Cicchetti, D. y Cohen, D. J. (Eds.). (1995b). Developmental psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder and adaptation. New York: Wiley.
Cicchetti, D. y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 6-20.
Cohen, D.J., & Cicchetti, D. (2006). Handbook of developmental psychopathology (2nd ed). Wiley & Sons.
Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317–333.
Damasio, A.R. (1999). *The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness*. Nueva York: Harcourt.
Denham, S. (1997). "When I have a bad dream mommy holds me": Preschoolers' conceptions of emotions, parental socialization, and emotional competence. International Journal of Behavioral Development, 20, 301-319.
Denham, S. A. (1998). Emotional development in young children. New York: The Guilford Press.
Denham, S., Bassett, H. H., & Wyatt, T. (en prensa). The socialization of emotional competence. En J. Grusec & P. Hastings (Eds). Handbook of socialization. New York: Guilford Press.
Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. Psychological Inquiry, 9, 241-273.
Eisenberg, N., & Fabes, R. (1994) Mothers' reactions to children's negative emotions: relations to children's temperament and anger behavior. Merrill-Palmer Quarterly, 40, 138-156.
Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. Child Development, 67, 2227-2247.
Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B.C. & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: longitudinal relations to quality of children's social functioning. Child Development, 70, 513-534.
Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H. (2001). Mothers' emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. Developmental Psychology, 37, 475-490.
Eisenberg, N., & Moore, B. S. (1997). Emotional regulation and development [Special issue]. *Motivation and Emotion, 21*, 1–6.
Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Fabes, R., Reiser, M. Cumberland, A, Shepard, S. Valiente, C., Losoya, S., Guthrie, I y Thompson, M. (2004).The Relations of Effortful Control and Impulsivity to Children's Resiliency and Adjustment. *Child Development, 75*, 25-46.
Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A. S., Fabes, R. A., Cumberland, A., Reiser, M., *et al* (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity children's regulation and quality of socioemotional functioning. Developmental Psychology, 39, 3-19.
Esquivel, F., Heredia, M. C. y Lucio, E. (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño. 3ª ed. México: El Manual Moderno.
Fabes, R. A., Leonard, S. A., Kupanoff, K., & Martin, C. L. (2001). Parental coping with children's negative emotions: relations with children's emotional and social responding. Child Development, 72, 907-920.
Flavell, J. H., Friedrichs, A. G., & Hoyt, J. D. (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology, 1*, 324–340.
Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
Fox, N., & Calkins, S. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion, 27,* 7–26.
González, C., Carranza, J. A., Fuentes. L.J., Galián, M. D. y Estévez A. F. (2001). Mecanismos atencionales y desarrollo de la autorregulación en la infancia. *Anales de Psicología, 17,* 275-286.
Greenspan, S. & Thorndike, N. (1997). Las primeras emociones. Buenos Aires: Paidós.
Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
Gil, E. y Sobol, B.(2000). Involucrando a las Familias en el juego terapéutico. En Bayley, E. (Ed.) (2000) *Children in Therapy. Using the family as a Resource.* New York: NortonGilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M.

A. y Lukon, J. L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: strategies, antecedents and the development of self control. *Developmental Psychology, 38*, 222-235.

Gunnar, M. y Vazquez, D. M. (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), Developmental Psychopathology (2nd ed., pp. 533-577). Hoboken, NJ: WileyHeckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From wishes to actions: The dead ends and short cuts on the long way to action. En M. Frese y J. Sabini (Eds.), Goaldirected behavior: *The concept of action in psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hammer & Rudolph (1996). En Sattler, J.Clinical and Forensic Interviewing of Children and Families, San Diego, CA: Jerome M. Sattler, Publisher, Inc.. 1998

Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. NewYork: PlenumPress.

Kendler, K. S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments -revisited. *British Journal of Psychiatry, 168* (Suppl. 30), 68-75.

Kleinginna, P., Jr., y Kleinginna A. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion, 5*, 345-379.

Kivijärvi, M.; Voeten, M.; Niemelä, P; Räihä, H.; Lertola, K. y Piha, J. (2001). Maternal Sensitivity Behavior and Infant Behavior in Early Interaction. Infant Mental Health Journal, 22 (6), 627-640.

Klass, C. (2003). The home visitor's guidebook. 2ª ed. U.S.A.: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Kochanska, G.; Kuczynsky, L. & Radke-Yarrow, M. (1989). Correspondence between Mothers' Self-reported and Observed Child-rearing Practices. Child Development, 60, 56-63.

Kopp, C.B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology, 18*, 199-214.

Kozulin, A., Hindis, B., Ageyev, S. V., & Millar, S. (2003). Vygotsky's educational theory in cultural context. Londres: Cambridge University Press.

Krueger, R.F., & Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopatology. *Behavior Reseach and Therapy, 40*, 485-499

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. Papeles del Psicólogo, 85. Disponible en : http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1075

Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology, 17*, 281–297.

Libert, B. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary actions. *Behavioral Brain Sciences, 8*, 529-566.

Martínez, F., Fernández, E. & Palmero, F. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. Mexico : McGraw-Hill Interamericana.

McNally, S.; Eisenberg, N. y Harris, J. (1991). Consistency and Change in Maternal Child-Rearing Practices and Values: A Longitudinal Study. Child Development, 62, 190-198.

Mullis, R. L., & Moore, J. J. (1988). Bidirectional influence between parent and child: Rethinking assessment of the transition from other to self-regulation, *Psychological Reports, 62*, 447–454.

Newman, R. S. (1991). Goals and self regulated learning: What motivates children to seek academic help. En M.L. Maehr y P. R. Pintrich (Eds.), *Advances in motivation and achievement*, 7. Greenwich, CT: JAI Press.

Newman, J.P. & Wallace, J.F. (1993). Diverse pathways to deficient self-regulation: Implications for disinhibitory psychopatology in children. *Clinical Psychology Revien, 13*, 699-720.

Norman, D. A., & Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatica control of behavior. En R. J. Davison, G. E. Schwartz y D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory*. New York: Plenum Press.

Palmero, F. (1997). Las emociones desde el modelo cognitivista. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, R.E.M.E., 5. Recuperado 23 de marzo de 2008, de la fuente http://reme.uji.es/articulos/avillj3022401105/texto.html

Posner, M.I. & Rothbart, M.K. (1992). Attention and conscious experience. En A.D. Milner y M.D. Rugg, (Eds.) *The neuropsychology of consciousness*. (pp.). Londres: Academic Press. pp. 183-199.

Post,Y., Boyer, W. & Brett, L. (2006). A Historical Examination of Self-Regulation: Helping Children Now and in the Future. *Early Childhood Education Journal, 34*, 1, 5-14.

Power, T.G. & Chapieski, M.L. (1986). Childrearing and impulse control in toddlers: A naturalistic investigations. *Development Psychology, 22*, 271-275.

Roggman, L.; Boyce, L. y Newland, L. (2000). Assessing Mother-Infant Interaction in Play. En Gitlin-Weiner, K.; Sandgrund, A. y Schaefer, C. Play Diagnosis and Assessment. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.

Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. En G. Kohnstamm, J. Bates, y M. K. Rothbart, (Eds.), *Temperament in childhood*. England: Wiley.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In N. Eisenberg (Ed.) & W. Damon (Series Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 105 – 176). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ruff, H. & Rothbart, M.K. (1996). *Attention in early development: Themes and variations*. New York: Oxford.

Rutter, M., & Sroufe, A.N. (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and challenges. Development & Psychopathology, 12, 265–296

Sabrià, P. (2008). Historia clinica y detección precoz de los problemas emocionales y de conducta en la infancia. *Pediatr Integral, 12* (9), 847-854. Disponible en http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Historia_clinica_deteccion_problemas_emocionales_conducta(1).pdf

Sanson, A., & Hemphill, S. (2004). Connections between Temperament and Social Development: A Review. *Social Development, 13*, (1), 142-168.

Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: a component process approach. En K.R. Scherer y P. Ekman (Eds.). *Approaches to Emotion* (pp. 293-317). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Schölmerich, A.; Lamb, M.; Leyendecker, B. y Fracasso, M. (1997). Mother-Infant Teaching Interactions and Attachment Security in Euro-American and Central-American Inmmigrant Families. Infant Behavior and Development, 20 (2), 165-174.

Schunk, D. H. & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-regulation of learning and performance*. Hillsdale, NJ: LEA, Publishers.

Singer, J. L., y Bonanno, G. A. (1990). Personality and private experience: individual variations in consciousness and in attention to subjective phenomena. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*. New York: Guildford Press.

Smith, D. (2000). Parent-Child Interaction Play Assessment. En Gitlin-Weiner, K.; Sandgrund, A. y Schaefer, C. Play Diagnosis and Assessment. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

Sroufe, L. (2000). Early Relationships and the Development of Children. Infant Mental Health Journal, 21 (1-2), 67-74.

Sroufe, A.L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, A. (2005). The development of the person. The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood. Guilford

Stroufe, L. A. y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. Child Development, 55, 17-29.

Tamis-Le Monda; C. & Bornstien, M. (1989). Habituation and Maternal Encouragement of Attention in Infancy as Predictors of Toddler Language, Play, and Representational Competence. Child Development, 60, 738-751.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. A. Fox (Ed.), The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (2-3) 25-52.

Thompson, R. & Meyer, S. (2007). Socialization of emocional regulation in the family. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.

Tomkins, S. (1962). *Affect, imagery, consciousness*: Vol. 1. The positive affects. Berlin: Springer.

Tomkins, S. (1991). *Affect, imagery, consciousness*: Vol. 3. The negative affects: Anger and fear. New York: Springer.

Vaughn, B. E., Kopp, C. B., & Krakow, J. B. (1984). The emergence and consolidation of self-control from eighteen to thirty months of age: Normative trends and individual differences. *Child Development, 55*, 990–1004.

Vibbert, M. y Bornstein, M. (1989). Specific Associations Between Domains of Mother-Child Interaction and Toddler Referential Language and Pretense Play. Infant Behavior and Development, 12, 163-184.

Este capítulo se elaboró gracias al apoyo del Proyecto "Promoción del desarrollo socioafectivo en infantes de comunidades en zonas rurales de México" UNAM - PAPIIT IN309508

CAPÍTULO 3.
EL JUEGO Y LA PSICOTERAPIA INFANTIL

JUEGO Y DESARROLLO

El desarrollo acompaña el proceso de maduración, el cual se logra poco a poco en la medida en la que los niños alcanzan los logros que son prerrequisitos para nuevos aprendizajes.

Gracias al juego los menores integran su mundo afectivo, social y cognitivo, al tiempo que perfeccionan sus habilidades. Por medio de esta capacidad para jugar, éstos descubren y comprenden diversas situaciones de su mundo, aprenden roles, ensayan soluciones y manipulan los objetos dándoles características propias que corresponden a sus deseos.

En el juego, los niños incorporan elementos de tipo mágico que les permiten crear su propio mundo y tener control sobre su cuerpo, lo que facilita la integración de su esquema corporal a partir del conocimiento de sí mismo y de los otros.

El juego es una de las actividades más importantes en la vida del niño, con él desarrolla su creatividad, su capacidad para construir y reconstruir, su expresión artística y su lenguaje. En otras palabras, el juego es el ingrediente fundamental de la vida que sazona y enriquece el conocimiento del entorno y de sí mismo para que se vaya consolidando una adecuada autoestima y autorregulación afectiva.

Décadas de descubrimientos han documentado que el juego tiene un papel crucial en el óptimo crecimiento y aprendizaje. La Asociación de la Educación Internacional de Niños (citado en Isenberg & Quisenberry, 2002) propone que el juego es una conducta dinámica, activa y constructiva, que forma parte integral y esencial de un crecimiento, desarrollo y aprendizaje saludables en todas las edades, ámbitos y culturas.

El cerebro se desarrolla rápidamente en los primeros años de vida de los niños. El crecimiento cognitivo avanza a gran velocidad desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, y el juego es un elemento importante de ese desarrollo (Cruz, en prensa).

Las diferentes corrientes teóricas de pensamiento dentro de la psicología concuerdan en que la ausencia de juego es un obstáculo para lograr un desarrollo sano, armónico y creativo. Los psicólogos clínicos consideran que el juego es necesario para expresar, controlar y modular las vivencias internas que constituyen la vida afectiva de los seres humanos. Los psicólogos sociales ven a la actividad lúdica como un elemento necesario para lograr autocontrol y aprender a contender con las experiencias cotidianas. Los psicólogos del constructivismo por su parte, señalan cómo el juego es un elemento necesario para fomentar un mejor desarrollo cognitivo y los especialistas del desarrollo lo consideran una parte esencial para la construcción de competencias y el elemento que permite la maduración de las funciones socializadoras en niños de todo el mundo. Actualmente los neurocientíficos, consideran que el juego es necesario para favorecer la salud emocional y física, la motivación y el interés por el aprendizaje, además de que facilita la maduración y los dominios biológicos y culturales.

La Fundación Citi (2008), edita un boletín donde señala que el juego es una actividad natural para los niños en todas las regiones y de todas las culturas del mundo. Los niños se dedican al juego desde tiempos muy tempranos en la historia de la humanidad. Los juguetes más tempranos se formaron utilizando piedras, palos y arcilla. Se han descubierto juguetes de la civilización que prosperaba en el Valle del Indo (3000-1500 a C.) que demuestran que los niños de esa civilización jugaban con pequeñas carretillas, silbatos en la forma de pájaros y monos que se deslizaban por un hilo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El juego es esencial para el crecimiento y desarrollo de un niño, es la forma en la cual los niños aprenden, llegan a conocer y comprender el mundo que les rodea y la manera en que ellos interactúan con él.

Los niños aprenden moviendo, tocando, saboreando, viendo, oliendo y oyendo. Los bebés no necesariamente **juegan** -de la manera en que los adultos conceptualizan el juego- sino hasta que pueden caminar y moverse libremente. Los niños aprenden jugando mediante las interacciones que tienen con sus padres y otras personas. Los bebés aprenden el lenguaje al escucharlo cuando se les habla. Cuando los responsables de su cuidado les hablan y responden a ellos, los bebés comienzan a comprender cómo pueden actuar para obtener lo que desean. Casi todo lo que hacen los bebés les devuelve información útil. Saben que si lloran, se les dará de comer o se les cambiará el pañal. Si tiran al suelo un objeto, alguien lo recogerá. Si mueven un sonajero, oirán un sonido. Los bebés aprenden que efectivamente tienen **poder** para hacer que las cosas sucedan.

Tan pronto como los niños pueden gatear y caminar, comienzan a explorar su ambiente y a **jugar**. El juego de los niños en edad preescolar se transforma en una forma de imitar las experiencias de la vida real y de practicar sus destrezas sociales a medida que comienzan a jugar con otros niños. De la edad escolar en adelante, el juego asume la forma de actividades más formales (juegos con reglas y juegos competitivos) y puede ser una forma importante de conocer otras personas fuera de su ambiente familiar y hacer amistades.

IMPORTANCIA DEL JUEGO EN EL DESARROLLO

En la actividad lúdica se forman más intensamente las cualidades psíquicas y las características de la personalidad en desarrollo de los niños.

Los preescolares necesitan parecerse a los adultos, sentirse como ellos y dado que no pueden lograrlo realmente, recurren a la actividad simbólica, al juego de roles. Buscan a otros niños y niñas para relacionarse, compartir sus experiencias, se esfuerzan para acoplar y no ser desplazados o ignorados. Es así como esta aparente manera de distraerse se convierte en la actividad fundamental para su desarrollo psicológico.

En la edad preescolar aún no está desarrollada la voluntad (esfera psicológica que permite al hombre trazarse objetivos conscientes, regularse conscientemente y hacer esfuerzos para lograrlos), sin embargo, el juego influye en la formación de los fenómenos psíquicos voluntarios (memoria, percepción y atención espontáneas).

Las propias condiciones del juego le exigen que se concentre en los objetos, en los demás niños, en el contenido de las acciones y el argumento. Si no quiere prestar atención a lo que se requiere de él o ella en una situación lúdica precisa, si no recuerda las condiciones del juego, simplemente, el resto de sus compañeros lo expulsan del mismo. La necesidad de comunicación, de estímulo emocional lo mueve hacia una concentración y memorización orientadas a un fin determinado.

La creación de situaciones lúdicas y de las acciones de ésta ejerce una influencia constante en el desarrollo intelectual del preescolar. Sobre la base de las acciones con los objetos-sustitutos, aprende a pensar acerca del objeto real. Gradualmente, las acciones lúdicas con los objetos se van abreviando; aprende a pensar acerca del objeto y actuar con él, lo cual favorece a que el pensamiento pase al plano de la representación; es decir, al pensamiento visual en imágenes.

Las interrelaciones reales y lúdicas que se establecen constantemente, se llevan a cabo a través del lenguaje, por su necesidad de hacerse entender por sus compañeros y en ese intercambio, éste se enriquece.

En el juego de roles aprende a sustituir objetos por otros y asumir diferentes papeles simbólicos, por lo que se desarrolla la imaginación.

La influencia del juego en la formación de la personalidad radica en que, a través del mismo, los niños conocen las conductas e interrelaciones de los adultos, que se convierten en modelos para su propio comportamiento. Aprenden lo que se debe o no se debe hacer en la vida social, se apropian de las normas, reglas y patrones sociales importantes en la comunicación con sus coetáneos. En

fin, aprenden a ceder, esperar, repartir, defenderse, compartir, usar el lenguaje apropiado para ser aceptados y otras conductas importantes en la sociedad en que viven.

El juego puede ser visto como proceso o como producto. Como proceso, el juego facilita la comprensión de las habilidades y conceptos que la persona ha obtenido, permite el desarrollo de funciones, habilidades y dominios de construcción y da acceso a las representaciones. Como producto, el juego provee el vehículo para que los niños demuestren el entendimiento de sus habilidades y conceptos, la comprobación de sus hipótesis y teorías mentales, la reorganización de sus nociones en torno a los mundos reales y posibles y la conformación de esquemas semióticos de largo alcance, en el contexto del desarrollo, además les proporciona eficiencia y pericia tanto funcional como para establecer procesos de pensamiento (Rodríguez, 2007).

Cuando el juego se utiliza para interpretar un significado, proporciona información sobre la manera en la que el niño aprende de sí mismo, de las personas, de los objetos, los eventos y de la relación que éstos guardan con su mundo a través de interpretar los resultados de sus propias acciones, así como de los deseos, intenciones, creencias y estados afectivos de los otros y de esta manera conoce el mundo que lo circunda. El juego como expresión proporciona una ventana de lo que el niño conoce de su mundo, lo que permite usar las manifestaciones lúdicas para evaluar su desarrollo.

Tomlison (1980, citado en Cabrera, 1995), sostiene que el juego espontáneo se puede ver como una práctica continua de la producción de la realidad. En el juego, los niños demuestran sus conocimientos sobre aspectos complejos como son las relaciones temporales, espaciales y causales entre los objetos, el ambiente, las personas, las acciones y los motivos por los cuales las interacciones con el mundo se convierten en expresiones humanas. A lo largo del desarrollo, el niño va formando un repertorio muy complejo de comportamientos que le indican lo que debe y no debe hacer y lo que puede esperar de su mundo social.

Aún cuando el juego tiene impacto sobre muchas dimensiones del desarrollo, los aspectos que más se relacionan con la prevención de problemas psicológicos, se encuentran en la dimensión socio-afectiva.

El juego ofrece valiosas oportunidades para observar las interacciones madre-hijo por tres razones principales:

1. Las interacciones de juego son frecuentes y forman parte de la vida diaria del menor, por lo que es posible observarlas en diferentes escenarios como son el hogar, laboratorios de investigación y en ambientes clínicos y educativos.
2. La interacción mediante el juego contribuye directamente a establecer una relación entre la madre y el hijo.
3. La interacción madre-hijo promueve el desarrollo del infante tanto en la competencia social, como en el dominio cognitivo.

Cuando se presenta el problema emocional que se manifiesta por un bajo aprovechamiento escolar, o dificultades a nivel de conducta, el trabajo obligado es a un nivel remedial. Además de tratamientos psiquiátricos y psicopedagógicos, los profesionales de la psicología clínica utilizan la psicoterapia de juego desde diferentes enfoques teóricos para manejar los problemas derivados de un desarrollo cognitivo y emocional limitado que dificulta la inserción adecuada del menor en los ambientes familiar, educativo y social.

Al utilizar la Terapia de Juego a un nivel remedial, los niños liberan tensiones, aprenden, crecen, desarrollan capacidades, anticipan cambios y generan recursos para afrontar sus problemas. La psicoterapia infantil con juego se convierte entonces para el niño, en toda una experiencia de alivio, liberadora de conflictos, que brinda la oportunidad de realizar prácticas para la vida diaria en un espacio seguro (Schaefer, 2005).

La experiencia clínica ha demostrado las bondades del juego en el que se incluye al adulto para resolver conflictos de tipo emocional y favorecer el desarrollo socioemocional de los niños.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El juego del niño implica un abanico amplio de conductas, cogniciones y emociones. Al jugar, el niño se va evaluando: *"qué tan bueno soy para brincar, para que me elijan los demás en algún juego, para ganar, para representar un papel, para ayudar a otros, para poner las reglas de un juego"*; y si él no lo hace, el entorno se encarga de hacerle evidente el valor que tiene. El juego permite que el niño se integre con sus compañeros, que aprenda a trabajar en equipo, haciéndole sentir que es apreciado y que pertenece a un grupo; le ayuda, además, a darse cuenta de sus habilidades personales (físicas y cognitivas), de poder manejar su cuerpo y controlarlo con mayor destreza El juego facilita la expresión y control de emociones pues permite expresar sentimientos, experimentar soluciones alternativas, separar y valorar experiencias dolorosas y placenteras. Durante el juego, el niño expresa y conoce su personalidad pues se da cuenta de su dinamismo, carácter, sentimientos, deseos y necesidades, del mismo modo puede comprender y atender los deseos, creencias y sentimientos de los demás, favoreciendo su capacidad empática.

Existe una diversidad de maneras de ver el juego. Es posible estudiar la forma en la cual los niños juegan en diferentes edades, la variedad de maneras en las que asume el juego, o aquello que efectivamente se está aprendiendo en las diversas actividades de juego.

En el cuadro 3-1 se muestran algunos ejemplos de lo que los niños en diferentes etapas pueden aprender jugando.

Se han propuesto varias taxonomías para documentar los aspectos del desarrollo del juego en los niños. En la década de los sesenta, Piaget sugiere diferentes clases de juego, como lo es el juego sensoriomotor para los infantes, el juego simbólico pretendido para los niños preescolares, y el juego con reglas para los escolares. Este autor se enfocó en el desarrollo de la socialización de los niños dentro de las actividades de juego, sugiriendo que los niños se mueven del juego solitario al juego paralelo que se da cuando los niños juegan uno a lado del otro sin interactuar, describió también al juego asociativo en el cual los niños participan en un juego con el mismo tema e intercambian juguetes y actividades dentro del juego, sin embargo cada niño lleva a cabo su propia actividad independientemente de las actividades de los otros y finalmente el juego cooperativo en el cual los niños trabajan juntos para desarrollar y llevan a cabo los temas del juego. Investigaciones más recientes sugieren que los infantes conservan el juego solitario, éste no desaparece en el transcurso del desarrollo sino que continúa presentándose simultáneamente con el juego asociativo y cooperativo. De hecho, el juego solitario puede reflejar la personalidad al igual que el nivel de desarrollo (Westby, 2000; Gitlin-Weiner, Sandgrund & Schaefer, 2000).

Dependiendo de la actividad de juego que el niño sea capaz de realizar, será posible evaluar su desarrollo, para ello se considera muy importante el paso del juego presimbólico al simbólico.

Nivel presimbólico y simbólico

La transición al pensamiento simbólico implica no sólo la adición de una habilidad, sino la reorganización del pensamiento. Los niños con un desarrollo dentro de los rangos típicos hacen esta transición rápidamente, sin embargo, los menores con retardo profundo o severo tal vez nunca entren al estadio simbólico. Otros niños con discapacidad a menudo están en el límite del nivel presimbólico por muchos meses, o en algunos casos por años, antes de desarrollar algunas habilidades simbólicas. Las habilidades simbólicas involucran la capacidad para comprender que aún cuando un objeto está lejos de otro, es posible transformar y trascender la realidad inmediata. Las habilidades simbólicas se desarrollan en una variedad de áreas: juego, arte, lenguaje, matemáticas, música, entre otras.

EL JUEGO EN LA PSICOTERAPIA INFANTIL

Independientemente del marco teórico con que se trabaje en la psicoterapia infantil, el juego constituye la herramienta esencial dentro del proceso terapéutico, dentro de esta situación mediante el juego los

Cuadro 3-1. Actividades lúdicas de acuerdo a los diferentes grupos de edad en la infancia

Grupo de edad	Tipo de actividad	Lo que se aprende
Bebés	***El juego y la interacción con otros***	• **Jugar a las escondidas y otros juegos interactivos:** Los niños aprenden la **permanencia de los objetos.** • **La interacción recíproca:** Niño y adulto haciendo sonidos, imitando al bebé, cantando. Los bebés aprenden el lenguaje y el intercambio del mundo social.
	El juego con objetos (sonajeros, juguetes de dentición, juguetes que hacen ruidos)	• Los niños aprenden que **sus acciones provocan una reacción** — al sacudir, apretar, o golpear suavemente un objeto puede producir sonidos o hacer que el objeto se mueva (causa y efecto).
Niños que empiezan a caminar	***Canciones y juegos en los que se usan los dedos (arañita)***	• Los niños conocen **el ritmo, aprenden a cantar, y perfeccionan la coordinación ojo-mano.** • Estos tipos de juegos también enseñan **normas culturales,** las canciones y juegos infantiles que muchos niños normalmente saben para cuando ingresan al preescolar.
Niños de edad preescolar	***Bloques***	• El juego con bloques enseña muchas destrezas y conceptos matemáticos, entre ellos **el conteo, la longitud, la altura, los patrones y la simetría.**
	Juguetes que se manipulan	• Los materiales como la arcilla, plastilina, cuentas para enhebrar y los juegos en los que se apilan y se anidan las piezas ayudan a los niños con las **habilidades motoras finas y con la coordinación ojo-mano.**
	El juego con la arena y el agua	• Además de ser divertido y relajante desde el punto de vista táctil, el juego con la arena y el agua enseña **destrezas matemáticas** como la medición y ayuda a los niños a practicar sus destrezas para verter.
	Rompecabezas	• Los rompecabezas ayudan a los niños a desarrollar sus **habilidades de pensamiento abstracto**, así como a **visualizar el espacio** y la manera en que las formas encajan unas con otras.
	El juego dramático	• A los niños mayores les encanta hacerse pasar por héroes, papá o mamá u otros adultos, haciendo cosas de adultos. El juego dramático ayuda a los niños en sus habilidades lingüísticas y el desarrollo de la imaginación y la creatividad. Los niños pueden practicar destrezas de la vida tal como el ir de compras al supermercado o tener una fiesta. También es una buena forma para que los niños aprendan a cooperar con otros.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro 3-1. Actividades lúdicas de acuerdo a los diferentes grupos de edad en la infancia *(continuación)*

Edad escolar	***Juegos en grupo***	• Los niños en edad escolar se dedican más al juego en grupo, que por lo general es más estructurado y puede tener reglas. Por ejemplo, hay juegos en equipo como el fútbol o el béisbol, o juegos menos organizados como jugar al escondite. A los niños de esta edad también les gusta jugar juegos de mesa que tienen reglas. Estos juegos permiten a los niños desarrollar su independencia y al mismo tiempo **aprender a cooperar con los demás y formar parte de un grupo.**
	Juego teatral	• Los niños en edad escolar también se dedican al juego teatral o de fantasía. Al dramatizar situaciones de la vida real, el juego teatral o "de fantasía" ofrece a los niños la oportunidad de ser **creativos** y de **interactuar** con **sus compañeros.**

Reproducido con autorización de NACCRRA, Child Care Aware, www.childcareaware.org. "El juego de los niños: Camino inicial de aprendizaje". *The Daily Parent,* 50. Fundación Citi (2008).

niños pueden identificar y expresar sus emociones, para poder elaborar y manejar sus dificultades y conflictos así como encontrar conductas alternativas más adaptativas y funcionales.

El término de **Terapia de Juego**, se ha venido utilizando para toda intervención terapéutica en la que se utiliza el juego como técnica, y esto se ha llevado a cabo en todos los tratamientos que se ofrecen a los niños. Desde la década de los ochenta, se creó en EUA la *Play Therapy Association*, que integra a los terapeutas infantiles de diferentes modalidades terapéuticas. Esto ha creado confusión entre algunos terapeutas infantiles, al considerar que el psicoanálisis infantil, es diferente a la psicoterapia de juego. El recorrido histórico que aparece en el capítulo 1 de este libro, permite al lector darse cuenta que desde el inicio, con los primeros psicoanalistas infantiles, el juego se ha utilizado como técnica de tratamiento. Lo que varía de acuerdo a la modalidad terapéutica es la manera cómo se observa y utiliza en concordancia con las metas de cada uno de los enfoques. Todos los modelos teóricos de la psicoterapia infantil reconocen las bondades que ofrece el juego en el trabajo con niños.

Uno de los beneficios de utilizar el juego en la psicoterapia infantil es crear una atmósfera segura, en la que los niños pueden expresarse, intentar nuevas cosas, aprender acerca de cómo funciona el mundo, las restricciones que le impone y trabajar sobre sus problemas.

La **Terapia de Juego** le proporciona al niño la oportunidad de explorar y expresar su experiencia, sentimientos y pensamientos. Así como a intentar comprender la propia conducta y la de los demás.

Los conflictos internos y contenidos que se reflejan en el juego, frecuentemente se relacionan con la dependencia, pérdidas, control, miedo, ansiedad, inversión de papeles y autoconcepto.

Los fundamentos para incorporar los medios del juego y el juego al trabajo con niños se basan en los siguientes conceptos:

- El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño
- El niño se siente **en casa** en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne
- El juego facilita la comunicación y la expresión
- El juego es un medio que también facilita la liberación catártica de sentimientos, frustraciones y ansiedades; es decir, brinda la oportunidad de ventilar y manejar sus emociones desde una perspectiva diferente

- Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas
- El terapeuta puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en sus juegos

Crocker y Wroblewski (1975, citado en Schaefer, 1988), enlistan seis posibles funciones de ayuda que resultan de la utilización del juego en la terapia:

- El juego sirve como una herramienta de evaluación proyectiva
- La utilización de un juego puede provocar una situación en la que la ansiedad pueda confrontarse y comprenderse
- El juego también ofrece al niño la oportunidad de aprender a respetar las reglas del juego como una analogía de vivir en forma responsable según normas aceptables por la sociedad, conocer los derechos y privilegios propios en relación con los de los demás
- El juego también puede ayudar a que surjan fantasías (sin importar la edad) y en el proceso se puede liberar el potencial creativo para la vida y la solución de problemas
- La utilización de los juegos tiende a crear un clima seguro y permisivo en el que pueden experimentarse conductas nuevas
- El juego terapéutico promueve conductas que mejoran el desarrollo socio-emocional del niño

ENFOQUES EN PSICOTERAPIA INFANTIL CON JUEGO

En la Psicoterapia infantil con juego existen diversos enfoques sobre los cuales están sustentadas las técnicas que se utilizan en el trabajo terapéutico. Los principales enfoques son el Psicodinámico, el Centrado en el Niño, la Gestalt, el Cognitivo–Conductual, el Filial y el Integrativo.

A continuación se describe la manera en la cual se utiliza el juego y los juguetes de acuerdo a la modalidad terapéutica empleada para incidir en las dificultades y conflictos que los niños presentan.

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES DESDE EL ENFOQUE PSICODINÁMICO

El enfoque psicodinámico utiliza el juego para poder observar la función simbólica del contenido manifiesto y el latente que se da en la transferencia y la contratransferencia. Con el juego también se observan las ansiedades y las defensas que aparecen durante las sesiones terapéuticas. Se utilizan principalmente técnicas que permitan la proyección a través de materiales no estructurados como el barro, la pintura, el agua, la arena, mismos que permiten una máxima libertad de expresión y semiestructurados denominados **accesorios para simulación** que incluyen casa de muñecas, muñecos que representan a la familia, títeres de diferentes personajes y animales, miniaturas, teléfonos, mesas, sillas, estufa, etc., juguetes que permiten la simbolización durante el juego.

En este tipo de enfoque , los juegos más estructurados, como los juegos de mesa, se utilizan en las primeras etapas del tratamiento con niños que se presentan temerosos y más defensivos, de manera que sea posible crear la alianza terapéutica que le permita al menor sentirse seguro para expresar sus dificultades y conflictos de manera simbólica.

La Terapia Psicodinámica utiliza los dibujos de los menores y cualquier otro tipo de expresión corporal y artística. Los dibujos realizados por los niños, proporcionan el material para poder interpretar el contenido simbólico. El niño, al expresar el conflicto, tendrá la posibilidad de relacionar el simbolismo expresado en sus juegos y dibujos con las situaciones que vive y de este modo podrá poner en palabras sus dificultades y las emociones asociadas a éstas de manera que las pueda elaborar.

La Psicoterapia Infantil, con un enfoque psicodinámico, considera que el juego representa el equivalente a la asociación libre. Por medio del juego el niño actúa de una manera simbólica sus fantasías inconscientes, sexuales y agresivas, sus deseos y sus experiencias vividas. Al hacer esto, el niño

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

utiliza el mismo **lenguaje** que en el sueño. Y éste como el del sueño, es susceptible de interpretación de acuerdo con los mismos principios.

El juego, la manera de jugar, la distribución de los papeles y los cambios en el juego se pueden comparar con las formas del caleidoscopio y es lo que se constituye en el contenido manifiesto que da lugar a las asociaciones. Tales asociaciones, espontáneas o provocadas, funcionan como otros tantos indicios que permiten la interpretación. Las defensas, inhibiciones o angustias en el juego son el contenido latente que se privilegia para la interpretación.

El valor terapéutico de los juegos y juguetes en el enfoque psicodinámico solamente tiene valor en la medida en que permite tener un punto de partida para que el niño haga asociaciones sobre sus producciones. Gracias a esta actividad el terapeuta puede darse cuenta de las fantasías del niño y secundariamente de las experiencias vividas que marcan las principales etapas de estas relaciones con su entorno.

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES EN EL ENFOQUE CENTRADO EN EL NIÑO

Virginia M. Axline, principal representante del trabajo terapéutico con el enfoque centrado en el niño, fue quien utilizó el término de Terapia de Juego para referirse al tratamiento psicoterapéutico dirigido a los niños.

Axline (1975) concibe a la Terapia de Juego No Directiva como la oportunidad que tiene el menor para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables. Considera que el juego constituye el medio natural de autoexpresión del menor; por lo que al jugar, el niño expresa sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión.

Para el logro de sus objetivos, la Terapia Centrada en el Niño utiliza como técnica el juego libre, al igual que en el modelo psicoanalítico, pero se diferencian en que el terapeuta no interpreta la conducta de juego, únicamente refleja y acompaña, se mantiene a distancia, respeta las iniciativas y la directriz que el niño da a sus juegos y únicamente participa cuando el menor le pide que participe en sus juegos. Mientras el niño juega, el terapeuta lo acompaña reflejándole el sentido y la expresión de las actividades de juego que el niño realiza.

La Terapia Centrada en el Niño establece un sentimiento de permisividad dentro de la relación para que el niño se sienta libre de expresar sus sentimientos por completo. El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que expresa y los refleja hacia él con la finalidad que el niño los incorpore y pueda profundizar más en la comprensión de su comportamiento.

En este enfoque, el cuarto de juego debe ser provisto con materiales y juguetes atractivos para los niños de diferentes edades, los cuales deben estar a la vista para que los menores puedan manipularlos.

Los juguetes y los materiales que el niño utilice en sus juegos constituyen el vehículo para comunicarse con el terapeuta.

Los juguetes deben de cubrir con las siguientes características:

- Facilitar un amplio rango de expresión creativa y emocional
- Despertar el interés de los niños
- Favorecer el juego de tipo exploratorio y expresivo
- Permitir la exploración y la expresión del niño sin utilizar el lenguaje verbal
- Generar placer

Los objetivos esenciales de los juguetes en la Terapia de Juego permiten:

- El establecimiento de una relación positiva con el niño
- La expresión de una gran variedad de sentimientos

- La exploración de experiencias de la vida real
- Ensayar y probar límites
- Desarrollar una imagen positiva del *self*
- Desarrollar la comprensión del *self*
- Oportunidad de desarrollar autocontrol

Categorización de los juguetes

- Juguetes que representen la vida real: muñecas, casa de muñecas, títeres, miembros de la familia, carros, barcos, cajas registradoras, rastes, llaves
- Juguetes que permitan la expresión de la agresión: como el *punching-bag* a través de los cuales pueda expresar enojo, hostilidad y frustración
- Juguetes que permitan la expresión de la creatividad y la emoción: arena, agua y telas de diferentes texturas. Estos son especialmente útiles con niños tímidos y aislados
- Bolsa de tiliches: crayones, tijeras chatas, muñeca, trastes, antifaces, teléfonos, pelotas, joyería de fantasía, plastilinas, etc.

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES EN EL ENFOQUE GESTALT

La Terapia Gestalt utiliza principalmente técnicas de juego que permitan la expresión de sentimientos a través de materiales menos estructurados, la narrativa y la imaginería. Maneja técnicas vivenciales; antepone la espontaneidad al control; la vivencia, a la evitación de lo molesto y doloroso; el sentir, a la racionalización; la comprensión global de los procesos, a la dicotomía de los aparentes opuestos.

Las bases de la Gestalt son **el aquí y el ahora**, **lo obvio y la toma de consciencia (darse cuenta)** de lo que hacemos realmente en nuestras vidas, cómo lo hacemos y qué es lo que queremos o necesitamos en realidad (y cómo podemos conseguirlo).

La Terapia Gestalt emplea ejercicios sensoriales para fomentar la toma de consciencia, el **darse cuenta** permite al niño estar consciente de su cuerpo y de sus sensaciones, puede estar presente y tomar contacto con el aquí y el ahora. Al usar la fantasía y el dibujo, los niños entran en contacto con sus emociones y se favorecen la expresión. También utiliza trabajo corporal mediante relajación y visualización.

Darse cuenta del mundo exterior de lo que puede oler, tocar, ver, gustar, oír, de sus experiencias internas, de todo lo que le pasa de la piel hacia dentro, de sus fantasías y todo lo que puede haber ellas, sentimientos, emociones, pensamientos etc.

Para ilustrar la manera como se utilizan los materiales en la Terapia Gestalt infantil, se proporcionan algunos ejemplos de las técnicas lúdicas empleadas:

Juego con arcilla (Oaklander, 1992)

Este material promueve el trabajo a través de los procesos internos más primarios. Ofrece experiencias táctiles y kinestésicas. Además de acercar a las personas con sus sentimientos.

Materiales:

- Arcilla o barro
- Recipiente de plástico
- Agua

Instrucciones:

Cierren los ojos los ojos mientras hacemos este ejercicio. Perciban que con los ojos cerrados, sus dedos y manos se tornan más sensibles a la arcilla y pueden sentirla mejor. Cuando los tienen abiertos, ellos pueden interferir en su sensación de la arcilla. Respiren profunda y tranquilamente.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sientan el trozo de arcilla como es ahora –háganse amigos de él. ¿Es suave?, ¿áspero?, ¿duro?, ¿grumoso?, ¿frío?, ¿húmedo?, ¿seco? Agárrenlo y sujétenlo. ¿Es liviano?, ¿pesado? Ahora quiero que lo bajen y lo pellizquen. Usen ambas manos. Pínchenlo lentamente… Ahora más rápido… Denle pellizcos grandes y pequeños… Háganlo durante un rato.

Ahora alísenlo. Usen los pulgares, los otros dedos, las palmas. Después de alisarlo, palpen los lugares que han suavizado.

Hagan una pelota con la arcilla, desgárrenla. Saquen pedazos grandes y pequeños. Amontónenla… píquenla con los dedos, háganle muchos hoyos. Traspásenla del otro lado. Palpen los lados del agujero que hicieron hagan nuevamente una pelota… toquen la con lo nudillos, el dorso de la mano, la palma, tal vez también quieran utilizar los codos.

Ahora arranquen un pedazo y hagan una culebra. Se adelgaza y alarga a medida que la amasan. Envuélvansela alrededor de la otra mano o de un dedo. Ahora tomen un pedazo, amásenlo entre las palmas y hagan una bolita. Palpen esa bolita. Ahora vuelvan a amasar todo. Siéntense de nuevo por un instante con ambas manos sobre su trozo de arcilla. Ahora ya la conocen muy bien.

Después se tiene que platicar a cerca de la experiencia:

- ¿Qué les gustó más?
- ¿Qué les disgustó hacer?

A partir de las respuestas de los niños se pueden generar otras preguntas.

Narraciones

El uso de cuentos implica inventar historias propias para contárselas a los niños, que los chicos inventen cuentos o leer historias de libros. Los cuentos permiten que los niños proyecten algunas situaciones de vida y a través de los finales ofrecerles diversas formas de solucionar sus problemas.

Si el cuento es narrado por el propio niño, es importante que el terapeuta conozca algo sobre él y su vida y que entienda rápidamente el tema principal de la historia.

Materiales:

- Cuentos sobre diferentes temas

Procedimiento:

Se lee o cuenta el cuento y posteriormente se comenta acerca de los que piensan y sienten del contenido de éste.

Jugando a las casitas (Cornejo, 1997)

Este juego se puede realizar en grupo.

El ejercicio ayuda al niño a tener consciencia de sus propios límites y de los ajenos, de sus deseos de invadir los espacios de otros. También le sirve para tener la sensación de que no está solo, ya que cada persona posee un lugar dentro de sí, donde puede refugiarse por un momento para poder tener armonía y tranquilidad.

Esta estrategia permitirá al terapeuta darse cuenta cómo cada niño ha formado su **propio espacio**, si éste está cerrado o deja una entrada, qué tan lejos o cerca del grupo prefiere hacer su espacio, ver cómo se refuerzan o disminuyen sus límites, sus barrera

Además proporcionará información a cerca de las relaciones que establece el niño, sus necesidades y sus capacidades.

Materiales:

- Un espacio grande
- Una caja llena de listones de diferentes colores, grosores y tamaños

Instrucciones:
Vamos a sentarnos por un momento en el suelo y vamos a cerrar los ojos. Empezaremos a respirar de modo lento y tranquilo, como si estuviésemos a punto de dormir, uno, dos, uno, dos, sí muy bien.

Ahora les voy a pedir que se imaginen un espacio dentro de sí mismos, un espacio donde caben nuestras cosas, solo nuestras, las más íntimas, un espacio donde sólo nosotros sabemos cómo se llega. Traten con la respiración de sentir el tamaño de ese espacio, la forma: si es ondulado, ovalado, cuadrado, ¿qué forma tiene? Y una vez que hayan podio ver esto fíjense de qué color es: si no lo tiene, entonces pónganle un color.

Este espacio es el sitio privado de cada uno, y nuestra respiración nos ayuda a ampliarlo o a achicarlo de a cuerdo a lo que queramos. Es un espacio donde somos los dueños y donde nos gustará refugiarnos cuando queramos estar solos o donde iremos para acordarnos de otras personas. Cuando yo diga que abran los ojos, vayan a la caja de los listones y van a escoger aquella que ustedes crean puede reflejar lo que han visto dentro de sí. Quiero ver que todos van ya por sus listones, fíjense que son de diferente tamaño, escojan bien el color que creen que es, el grosor, etc.

Ahora cada uno va a irse con su cinta a un lugar del patio (o espacio amplio) y van a tratar de hacer en el suelo la forma que vio que tenía su espacio y una vez que la hayan hecho se meterán dentro de ella. Traten por un momento de darse cuanta cómo se sienten dentro. Si la sienten muy grande o muy pequeña. Si se parece a lo que tenían pensado y empiece cada uno a decir lo que siente respecto a esta casita que se han construido.

Una vez que cada uno ha terminado de decir sus sensaciones, continuamos.

Ahora veremos un poco cómo son las casitas de los otros. Podemos salir por un momento de la nuestra y vamos a dar un paseo para ver cómo es la de los otros. Si les gusta, por qué, si no les gusta, por qué, una vez que terminen el paseo cada quien regresa y se mete dentro de su cinta, de su espacio, de su casita.

Este espacio que hemos ido descubriendo con este ejercicio, con nuestra respiración y con colores, es un espacio propio como ya les había dicho. Ahora es importante que cada uno sepa si es que quiere invitar a alguien que venga a su casita y cómo lo va a hacer, o si no quiere que nadie venga y cómo va a hacer para que eso no suceda, y cómo va a hacer para que tal vez vengan unos y otros no.

Ahora veremos cómo vamos a hacer para que alguien nos invite a su casita. Por ejemplo, pueden llevar su casita a cuestas e ir preguntando si pueden entrar para visitar a alguien, ¡pero cuidado!, no pueden entrar con su casita, tienen que dejarla fuera y entonces pensar en que si la dejan alguien más la puede ocupar.

Es mejor si este ejercicio se realiza de manera constante para que el niño aprenda a respirar y a flexibilizar sus límites.

- ¿Qué les gustó más?
- ¿Qué les disgustó hacer?

Dependiendo de las respuestas de los niños, se podrán ampliar las preguntas.

Como se puede apreciar, en la Terapia Gestalt el terapeuta es quien propone los juegos y los dirige; de manera que el niño pueda entrar en contacto con sus sentimientos y pueda ser consciente de éstos y manejarlos de manera más adecuada que no le genere conflicto. El rol del terapeuta es activo y directivo.

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES EN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

En este modelo, el terapeuta trata de identificar los factores que refuerzan y mantienen los comportamientos problemáticos para poder modificarlos. Muchas de las intervenciones se basan en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

los **condicionamientos clásicos,** tal es el caso de la desensibilización sistemática; y en el **operante** como lo es el manejo de contingencias.

La Terapia Cognitivo-Conductual con niños incorpora intervenciones cognitivas y conductuales dentro de un modelo de terapia. Trabaja con los pensamientos y conductas disfuncionales en el **qué tengo que hacer para cambiar** más que en el **por qué**. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas, la frecuencia, duración, intensidad y características de éstos. Esta medición se repite periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

Al igual que en otras modalidades de terapia infantil, en la TCC, observar el juego del niño proporciona una comprensión de los pensamientos, sentimientos y visión del mundo por parte de éste.

En la TCC, el moldeamiento se emplea para enseñar al niño habilidades de afrontamiento adaptativas. En esta modalidad de terapia infantil, el modelo suele ser un juguete (animal de peluche, títere, o algún otro) que demuestra el comportamiento que se quiere que el niño aprenda. El moldeamiento también puede darse utilizando otros materiales, como son los cuentos, películas, fabulas o programas de TV, entre otros.

El *role playing* resulta ser efectivo con niños en edad escolar, aunque es posible también aplicarlo mediante la **técnica de moldeamiento**, donde por ejemplo un niño que tiene temor a la separación podría ver un títere igualmente temeroso mientras practica el separarse de la madre e interactúa con los demás. (Knell, 1994).

La relación terapeuta-paciente es de colaboración, ya que es un enfoque es didáctico**.** Niño y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la **Biblioterapia**, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga y revisa las tareas que el niño trabajó durante la semana e investiga cuáles se necesitan resolver en ese momento. Antes de finalizar la sesión el terapeuta planea las actividades para la semana siguiente.

TÉCNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Técnicas Conductuales

- Control y agenda de las actividades
- Tareas asignadas en forma gradual
- Experimentos conductuales para poner a prueba las creencias y pensamientos
- Jerarquía de estímulos y exposición
- Relajación

Técnicas Cognitivas

- Reestructuración de los pensamientos y creencias disfuncionales
- Descubrimiento guiado para encontrar los significados
- Identificación de los pensamientos automáticos e imágenes el recuerdo
- *Role playing*

Técnicas de Resolución de Problemas

- Fragmentación de los problemas mayores en unidades manejables
- Identificación de los pensamientos y creencias en la resolución de problemas

La Terapia Cognitivo-Conductual, en el caso de los niños, puede establecer objetivos y agendas específicos en cada sesión, pero se requiere de un tiempo libre al final para que el niño pueda aportar material espontáneo que se incorporará a las intervenciones más directivas y estructuradas del principio.

Un ejemplo del uso de este tipo de participaciones en el tiempo libre del final de las sesiones, se destaca en el tratamiento de un niño encoprético de cinco años de edad.

El niño demostró, mediante un oso de juguete, un temor a caer en el excusado y que éste lo succionara. Mediante el juego con el oso, el terapeuta ayudó a que este niño identificara el temor y llegara a sentirse más cómodo con el excusado (los padres del menor informaron del uso que éste hacía del excusado, y lo reforzaron por medio de la aplicación de estrellitas en casa). El terapeuta integró temas relacionados con los sentimientos acerca de los pantalones manchados por medio del oso. A pesar de que el terapeuta elaboró una **agenda** para las sesiones, hubo tiempo para el juego espontáneo del niño, al cual se incorporó dentro del tratamiento (Knell & Moore, 1990).

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES EN EL ENFOQUE DE LA TERAPIA FILIAL

De la aplicación de esta técnica se derivan dos planteamientos teóricos. En primer lugar, la Teoría Centrada en el Niño de Virginia Axline (1947, 1969) es el fundamento teórico de las sesiones de juego que se enseña a los padres. El método de enseñanza se deriva de la teoría del reforzamiento propuesta por B. F. Skinner (1953).

Las metas de la Terapia Filial son:

- Reducir los comportamientos problemáticos en los niños
- Mejorar la relación entre padres e hijos
- Optimizar la adaptación del niño y aumentar la competencia y confianza personal del menor
- Mejorar las habilidades de crianza de los hijos

En este enfoque, se utiliza como técnica el **juego libre,** al igual que en el enfoque centrado en el niño, la diferencia es que aquí participan los padres de manera muy activa ya que se les entrena para que ellos jueguen con sus hijos en un clima de confianza y respeto.

Tales objetivos se logran incluyendo a los padres (u otros adultos encargados del cuidado del niños) como los principales agentes del cambio de sus hijos al hacer que lleven a cabo sesiones de juego terapéuticas centradas en el niño, y que se enfoquen en la aplicación de los principios y las habilidades de la terapia de juego en la vida real como paso final.

Se utilizan los juguetes sugeridos para la Terapia Centrada en el Niño como son: aquellos que permitan la expresión de la creatividad y la emoción: arena, agua y telas de diferentes texturas, además de materiales como crayones, tijeras chatas, muñecas, trastes, antifaces, teléfonos, pelotas, joyería de fantasía, plastilinas, etc. También se les pide a los padres que utilicen materiales y juguetes de este tipo, ya que lo importante no es el juguete, sino el juego.

Para capacitar a los padres se realizan sesiones en donde primero, el terapeuta modela la manera de participar mediante el juego; posteriormente en otras sesiones el terapeuta supervisa lo que previamente se ha modelado. A los padres y a los niños se les asignan tareas en casa que implican jugar como lo hacen en el consultorio y en las sesiones con el terapeuta se les proporciona retroinformación sobre las tareas asignadas.

Muchas veces, cuando se tiene disponibilidad de contar con un equipo técnico de video, las sesiones se graban para que sean los padres quienes monitoreen su propio trabajo y el del niño y ofrezcan alternativas para mejorar sus habilidades de crianza orientadas a mejorar la relación padres-hijos y a reducir los comportamientos problemáticos. De este modo, se optimiza la adaptación del niño y se incrementa la competencia y confianza personal del menor.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES EN EL ENFOQUE NARRATIVO

La Terapia Narrativa no utiliza juguetes y/o juegos específicos, trabaja con la imaginación del niño. Utiliza la creación de cuentos que tengan que ver con los problemas que el menor manifiesta.

La elaboración de cuentos terapéuticos es semejante al trabajo con metáforas, donde se utiliza el lenguaje indirecto que tiene un nivel implícito de significados, creando internamente símbolos, imágenes y sensaciones, desde los cuales el oyente realiza una búsqueda de significados relevantes y conecta aquellos aspectos que le permiten cambiar o descubrir nuevas formas de ver el problema o de entenderlo. Esa característica del lenguaje metafórico de ser una comunicación en varios niveles, permite que el contenido implicado movilice a la persona para que ella de manera automática -al imaginar formas, sonidos, colores, imágenes- contacte con lo relevante de lo que escucha y se promueva la búsqueda de alternativas. Así el cuento terapéutico es una estrategia de intervención importante por sus características y su efectividad en la resolución de los problemas psicológicos infantiles (Campillo, 2004).

El cuento y la metáfora coexisten o se mueven en diversos grados de abstracción que emergen en el lenguaje indirecto utilizado en la comunicación. El nivel del contenido de la historia y el nivel del significado asignado al contenido. En la trama se representan los personajes, la cual se va desenvolviendo al estar desarrollando el cuento, creando asociaciones o interpretaciones de la historia. Además existe otro nivel, el de la realidad interna que se moviliza con las asociaciones generadas al leer el cuento; esto es, las conexiones que el niño o la persona hacen internamente (patrones de asociación y búsqueda de asociaciones relevantes), al escuchar e imaginar los cambios en la historia, también se producen cambios en la realidad interior, lo cual lleva a la búsqueda y apertura de nuevas respuestas posibles, y conlleva al ensayo de otras maneras de reaccionar o de vivir.

Este proceso se construye al interior de una relación terapéutica caracterizada por ser descentrada (centrada en el niño) en donde el menor escucha un cuento que se relaciona de manera indirecta con su situación personal, así se propicia la expresión emocional y la exploración de aspectos ignorados de la historia de vida del niño que pueden ser la clave de la construcción de una historia alternativa.

Al contar y escuchar cuentos terapéuticos se utiliza un lenguaje indirecto, activando las funciones del hemisferio derecho, utilizado a la metáfora como parte central del proceso terapéutico. Al producirse cambios en la historia, su contenido indirecto, moviliza las asociaciones inconscientes y al cambiar las metáforas se conecta el proceso de transformación en la trama con la resolución simbólica interna, productora del cambio en la vida real. Por lo tanto la utilización de la metáfora en la creación de cuentos terapéuticos es indispensable para generar la movilización de significados que va a producir el proceso de cambio.

El **objetivo** del cuento puede estar en relación a la solución del problema que presenta el niño o también puede estar vinculado al proceso de vida; puede seleccionarse de tal manera que sea algo que al ser logrado permita poder resolver alguna parte o cambiar la manera de ver o de sentir el problema para el cual se diseñó el cuento (Campillo, 2004).

USO DEL JUEGO Y LOS JUGUETES EN EL ENFOQUE INTEGRATIVO

Para llevar a cabo el tratamiento con este enfoque, se parte de una impresión diagnóstica que permita establecer objetivos y metas en función del problema. El tratamiento se considera un proceso desde el inicio hasta el cierre en el que se emplean diferentes técnicas para el logro de los objetivos. Los cambios que se den en torno al problema motivo de la consulta, necesariamente tienen que ser evaluados y mantenidos en el tiempo, por lo que se establece una fase de seguimiento para ver la evolución del problema y los efectos del tratamiento.

La Terapia Integrativa utiliza todas aquéllas técnicas de juego contempladas en los diferentes enfoques de la terapia infantil que resulten útiles para trabajar la problemática planteada que ha sido previamente evaluada.

En los casos clínicos del capítulo cuatro de esta obra se ilustra todo el proceso, desde la evaluación, las fases del proceso terapéuticos, la justificación teórica del porqué se usaron determinadas técnicas, de qué enfoque se tomaron y los resultados obtenidos en el proceso terapéutico.

Como ejemplo de las técnicas de juego que es posible utilizar se consideran las del último caso presentado en esta obra, el cual trabajó la terapeuta infantil María Becerril. Este caso también se ilustra sobre la manera cómo se trabaja la psicoterapia infantil con juego en el Instituto de Juego y Psicoterapia.

Se trata de un niño de siete años que tenía dificultades de atención y obediencia en el ámbito escolar y familiar. El niño era hijo único y los padres se habían divorciado tres años atrás. Con la evaluación realizada se descartó que la conducta problema se debiera a un Trastorno por Déficit de Atención o se relacionara con Trastorno Negativista Desafiante. Se encontró que el menor se sentía emocionalmente frágil, y le constaba trabajo aceptar el divorcio de sus padres en su vida; la rutina diaria hacía que se percibiera como un niño solo y su comportamiento en la escuela estaba más relacionado con **llamar la atención**, en especial de los padres que con un problema de falta de atención o de conducta.

Para el tratamiento se seleccionaron técnicas de juego que pudieran ayudarlo a entender el divorcio de sus padres y modificar su comportamiento en la escuela. Los enfoques terapéuticos de los que se retomaron las técnicas de juego para el trabajo clínico con el niño fueron:

- Narrativa. Las técnicas de la Psicoterapia Narrativa implican escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida con la finalidad de poder configurar nuevas realidades (Freeman, Epston, & Lobovits, 2001)
- Psicodinámico. Las técnicas psicodinámicas utilizadas le permitieron llevar sus conflictos a un ámbito simbólico mediante proyecciones (Schaefer, 2005)
- Cognitivo-Conductual. Las Técnicas Cognitivo-Conductuales fueron educativas pues establecieron la conexión entre su comportamiento y su pensamiento (Schaefer, 2005)
- Filial. Las técnicas filiales redujeron el comportamiento problemático del niño a través del mejoramiento de las habilidades de crianza por parte de sus padres (Schaefer, 2005)
- Gestalt. Las técnicas de la Gestalt lo ayudaron a desarrollar un fuerte sentido del *self* ocasionando una sensación de bienestar (Schaefer, 2005)

Como se puede apreciar en este caso el hecho que el terapeuta conozca los diferentes enfoques de la psicoterapia infantil y utilice las técnicas para el logro de las metas propuestas, ofrece la posibilidad de trabajar el caso de manera integrada incluyendo a los padres. Por otro lado, es posible acelerar el proceso terapéutico en algunos casos de manera que tanto los padres como el menor utilicen sus recursos para solucionar sus problemas, evitando tratamientos largos y costosos, tanto emocional como económicamente.

En resumen, en este capítulo se intentó ofrecer el amplio panorama que ofrece el juego, como un recurso en el desarrollo socio-emocional del niño y como técnica terapéutica para manejar los conflictos y dificultades que se presentan en la infancia.

Ocho de los casos que se presentan fueron trabajados por psicoterapeutas expertas, formadas en el Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil, que ofrece el posgrado de la UNAM, y en el Instituto de Juego y Psicoterapia A. C., el cual dirige la autora de este capítulo.

Uno de los casos presentados, el segundo, ilustra cómo el doctor Felipe Cruz, neuropsicólogo de la Facultad de Psicología de la UNAM, trabaja con el Modelo de Análisis de la Actividad de Juego con un niño de cinco años que presenta un Síndrome de *Asperger*.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En este caso, es posible apreciar cómo las bondades del juego han permitido en el campo de la neuropsicología, crear un Modelo de Análisis de la Actividad de Juego, en donde resalta el hecho de que se exploran y analizan los aspectos afectivo-emotivos, conjuntamente con los aspectos neurocognoscitivos. También ofrece la oportunidad de constatar que el juego no se limita sólo al trabajo psicoterapéutico tradicional, ya que al tiempo que se trabaja con los aspectos dinámicos de la personalidad, es posible realizar un análisis de los indicadores del desarrollo; lo que permite evaluar y valorar la condición de desarrollo de los pacientes, al mismo tiempo que se establecen directrices para diseñar la valoración y la intervención en el trabajo clínico experimental de la neurología.

REFERENCIAS

Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Rev. ed.). New York: Ballantine Books.

Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.

Cabrera, A. (1995). *El juego en educación preescolar*. Desarrollo social y cognoscitivo del niño. México: Universidad Pedagógica Nacional.

Campillo, M. (2004). El cuento terapéutico: el método de la magia. *Revista SEFPSI*, *7*, 1-2, 193-208.

Cornejo, L. (1997). *Manual de terapia infantil gestáltica*. España: Desclée De Brouwer

Cruz, F. (en prensa) Neurodesarrollo y terapia de juego: Maduración y dominio. *Revista Mexicana de Psicoterapia de Juego.*

Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Editorial Paidós Ibérica.

Fundación Citi (2008). El Juego de los Niños: Camino inicial de aprendizaje. *The daily parent, 50*. Disponible en: http://www.childcareaware.org/sp/subscriptions/dailyparent/volume.php?id=50

Gitlin-Weiner, K.; Sandgrund, A. & Schaefer, C. (2000) *Play Diagnosis and Assessment*. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.

Isenberg, J. P., & Quisenberry, N. (2002). *Play: Essential for all children*. A Position paper of the Association for Childhood Education International. Disponible en: http://www.udel.edu/bateman/acei/playpaper.htm

Knell, S. M. (1994). Cognitive-behavioral play therapy . En K. O'Connor & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of play therapy: Advances and innovations* (Vol. 2., pp. 111-142). New York:Wiley

Knell, S.M., & Moore, D. J. (1990). Cognitive-Behavioral Play Therapy in the Treatment of Encopresis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 19*, 1, 55 - 60.

Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.

Rodríguez, A. (2007). El juego de roles y las actividades productivas. Sus características e importancia en el desarrollo psíquico de los niños y las niñas preescolares. *Revista Electrónica de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, 11*. Recuperado el 13 de junio de 2008 de http://www.cocmed.sld.cu/no112/n112rev3.htm

Schaefer, C. (Eds) (2005). *Fundamentos de terapia de juego.* México: El Manual Moderno.

Schaefer, C., & J. K. O'Connor (Eds.) (1988). *Manual de Terapia de Juego. Volumen 1*. México: Manual Moderno.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York. Crowell- Colliler-MacMilan.

Westby, C. (2000). A Scale for Assessing Development of Children's Play. En, Gitlin-Weiner, K.; Sandgrund, A. y Schaefer, C. *Play Diagnosis and Assessment*. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc. Cap. 1.

CASO 1.
TERAPIA DE JUEGO PARA EL AUTOCONTROL DE EMOCIONES CON UN NIÑO CON CAPACIDAD INTELECTUAL POR DEBAJO DEL PROMEDIO

"El rincón del enojo"

Laura Gabriela Gamboa Ojeda
Psicoterapeuta Infantil
Centro de Asesoría, Psicoterapia
y Desarrollo Educativo (CAPSIDE)

Este capítulo se refiere el estudio de caso de Ángel, un niño de 10 años que presentaba dificultades en el control de sus emociones, en especial del enojo; mostraba baja tolerancia a la frustración lo que originaba berrinches frecuentes. Ángel posee un nivel de funcionamiento intelectual y de maduración bajos; lo que se ve reflejado en diversas funciones del lenguaje complejo expresivo y comprensivo, en el retraso del desarrollo de la lecto-escritura, de las habilidades visoperceptuales y visoconstructivas[1], así como en el establecimiento de relaciones interpersonales.

El proceso psicoterapéutico incluyó 25 sesiones y se fundamentó en el Modelo Normativo, el cual busca adecuar la aplicación de las intervenciones psicológicas a los clientes en lo individual. Se estableció principalmente mediante técnicas gestálticas y cognitivo-conductuales utilizadas para apoyar al niño en la identificación y expresión adecuada de sus emociones, principalmente el enojo, haciendo siempre énfasis en lo importante que era continuar en casa el trabajo que se llevaba a cabo en las sesiones.

Los objetivos terapéuticos que se plantearon fueron: el establecimiento de límites adecuados y rutinas en casa; la utilización de acuerdos con los padres para modificar la forma de disciplinar a Ángel y a su hermano; el fortalecimiento de la relación padre-hijo y entre hermanos; el fomento de la autoconfianza y autonomía de Ángel; así como la creación "El rincón del enojo", en donde los niños pudieran expresar de forma más adecuada su disgusto.

Los resultados obtenidos fueron la aceptación y adaptación de Ángel a la rutina y reglas establecidas, el aumento de su tolerancia a la frustración, la identificación y el manejo adecuado de su enojo. Asimismo, el niño aprendió a conocer con más claridad sus habilidades y a comprender lo que es el respeto a los demás. En el ámbito escolar, disminuyeron los berrinches.

1 Las tareas visoconstructivas requieren la participación de múltiples actividades cerebrales, así como la integridad de varias capacidades entre las que destacan, como mínimo, la percepción adecuada del estímulo (lo cual implica el buen funcionamiento del analizador visual y auditivo, así como la capacidad adecuada de comprensión del lenguaje y generación de imágenes mentales), la planificación de la tarea solicitada y el dominio de las coordenadas y de las relaciones espaciales. Es imprescindible la adecuación del sistema motor, especialmente de la mano, y en la fase de ejecución debe además mantenerse un adecuado control y verificación de todos los actos elementales que constituyen la tarea final.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Se realizó una sesión de seguimiento en la que fue posible constatar la permanencia de los logros terapéuticos, aunque la relación de Ángel con su hermano se continuará trabajando.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Ángel (el nombre fue cambiado para proteger la privacidad del menor).
Sexo: masculino.
Edad: 10 años 2 meses.
Escolaridad: 3º de primaria en colegio privado.
Nacionalidad: mexicana.
Nivel socioeconómico: medio alto.

FAMILIOGRAMA

La familia nuclear de Ángel está integrada por cuatro personas: su papá, su mamá, él y su hermano menor. La madre es quien está más tiempo en casa y se encarga de todo lo relacionado con el hogar y el cuidado de los hijos.

En general, los padres mantienen una buena relación, sin embargo, en ocasiones se originan diferencias entre ellos en lo que se refiere a la manera de disciplinar a sus hijos; el padre es más autoritario y la madre tiende a ser más permisiva. La relación de los padres con sus dos hijos es buena, ambos están al pendiente de sus necesidades y siempre los apoyan. Ángel ha recibido terapia para apoyar las áreas psicomotora, de lenguaje y de aprendizaje. Su hermano menor está diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y recibe medicación.

La relación entre hermanos puede describirse como ambivalente ya que, por un lado, el hermano menor tiende a proteger a Ángel, sobre todo en la escuela y, por otro, esta responsabilidad hace que en

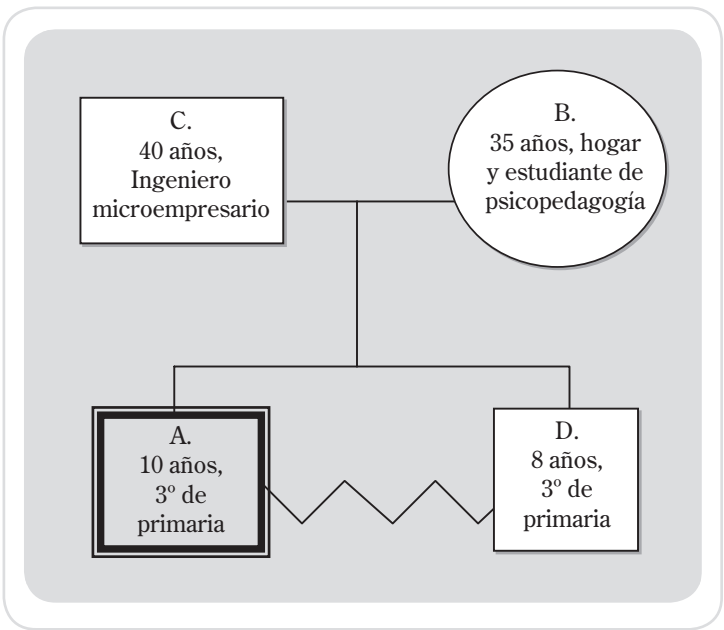


Figura C1-1. Familiograma.

varias ocasiones, su hermano se muestre enojado y lo moleste verbal y físicamente. Ante esto, Ángel se frustra y responde llorando. Esta situación, aunada a la atención especial y profesional que desde muy pequeño Ángel ha requerido, ha provocado que la madre le dedique más atención a él.

MOTIVO DE CONSULTA

La madre de Ángel solicitó apoyo psicoterapéutico para trabajar principalmente dos aspectos. El primero se refiere a la conducta de su hijo, ya que presentaba dificultades en el control de sus emociones; en especial, del enojo y baja tolerancia a la frustración lo que originaba berrinches frecuentes. El otro aspecto hacía referencia a mejorar la relación con su hermano, quien es dos años menor que él (está en el mismo grado escolar aunque en otro salón de la misma escuela). Su hermano Daniel ha adoptado el papel de hermano mayor ya que tiende a proteger a Ángel, aunque esta situación le produce enojo, debido a la responsabilidad que tiene que asumir.

En la primera sesión se le preguntó a Ángel si sabía por qué había ido, a lo cual mencionó que no sabía; sin embargo, al ver los juguetes señaló que a **jugar**.

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Al momento de nacer Ángel sufrió hipoxia, lo que le provocó crisis convulsivas que lo mantuvieron cuatro días en la incubadora. Debido a esto presentó retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, por lo que desde pequeño ha recibido apoyo profesional en dichas áreas.

Año y medio antes de iniciar la intervención psicológica, cuando el niño tenía 8 años de edad, se le realizó un estudio neuropsicológico que indicó que presentaba un nivel de maduración de un niño de 4 a 5 años de edad y un nivel de funcionamiento intelectual bajo, presentando un nivel de pensamiento concreto-funcional.

En el informe también se señaló que muestra un bajo nivel de maduración en diversas funciones de lenguaje complejo expresivo y comprensivo, retraso en el desarrollo de la lecto-escritura, en las habilidades visoperceptuales y visoconstructivas y en sus relaciones interpersonales.

Cuando la madre solicitó el apoyo psicoterapéutico, Ángel seguía asistiendo a terapia de lenguaje y aprendizaje, donde recibe apoyo para el aprendizaje de la lecto-escritura.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

A lo largo de las sesiones, se pudo observar que Ángel es un niño agradable y alegre. Su apariencia corresponde a su edad cronológica, su complexión es robusta. Se presentó siempre en regulares condiciones de higiene y aliño.

Al principio del proceso, se mostró tímido; sin embargo, mediante el juego se estableció una relación cálida y de confianza que originó un buen vínculo terapéutico. Una vez adquirida esta confianza, Ángel pudo expresar verbalmente, de manera sencilla y espontánea, lo que acontecía en su vida diaria. Se observó que tiende a reproducir comentarios y movimientos de la gente que lo rodea, es decir, imita la forma de expresarse y el vocabulario de algunos de sus familiares (mamá, abuelo, etc.) relacionados con situaciones actuales de su entorno social y familiar. En ocasiones, no hacía contacto visual y se le dificultaba establecer un diálogo respondiendo a diversas preguntas, ya que solía ir de un tema a otro.

En ocasiones, Ángel hacía berrinches cuando la actividad o el juego no le resultaban motivantes, presentando baja tolerancia a la frustración. Respondía adecuadamente ante órdenes sencillas y era capaz de seguir la secuencia de una actividad o juego, aunque había que dirigirlo ya que se distraía con facilidad.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En general, el nivel de desempeño, las habilidades y competencias que Ángel muestra son menores a las esperadas a su edad. Tiene un bajo nivel de maduración en diversas funciones, en lo que respecta a su desarrollo cognitivo y psicosocioemocional, lo que podría ubicarlo en la etapa de la niñez intermedia.

De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2001), la niñez intermedia abarca de los tres a los seis años de edad y durante ella el dominio cognitivo de las reglas de las sintaxis y la conversación permite que los niños se comuniquen más efectivamente con otras personas, interioricen los patrones sociales y formen amistades. Ángel es capaz de relacionarse con los demás; sin embargo, lo hace mucho mejor con los adultos o con niños mucho más pequeños que él.

Jean Piaget (citado en Papalia, Wendkos & Duskin, 2001) señaló que de los dos a los siete años de edad se da la etapa **preoperacional**. En este periodo los niños pueden lograr los siguientes aspectos a nivel cognitivo: la función simbólica, un mejor entendimiento de las identidades, la comprensión de la causa y efecto, la capacidad para clasificar y la comprensión de números. Asimismo, les resulta posible explicar y predecir las acciones de otras personas al imaginar sus creencias, sentimientos y pensamientos. Sin embargo, Piaget encontró limitaciones importantes con respecto a lo que los niños pueden hacer cuando llegan a la etapa de las operaciones concretas en la niñez intermedia. Entre éstas, las que se observaron en Ángel fueron la **centración**, la cual hace que el niño piense en un aspecto de una situación y descarte los demás, y el **egocentrismo** ya que todavía tiende a percibir las cosas únicamente desde su punto de vista, características relacionadas entre sí. Piaget considera que el egocentrismo es una forma de centración: el niño se centra en su propio punto de vista a tal grado que le es difícil considerar el de otra persona. Al percibirse como el centro de atención, Ángel tiende a demandar la satisfacción inmediata de sus necesidades, por lo que muestra baja tolerancia a la frustración, y reacciona de forma infantil, llorando y haciendo berrinches. En ocasiones, también manipula a los demás para alcanzar lo que desea.

Es importante mencionar que, de acuerdo con Barocio (2004), cuando en la familia hay un niño con alguna discapacidad, ésta (y en especial la madre) tiende a sobreprotegerlo. Creen, de manera equivocada, que si evitan molestarlo le hacen un favor y que pueden compensar su dificultad con dedicación y ayuda, sin tomar en cuenta que lo anterior no sólo subraya su discapacidad física o intelectual, sino que lo invalida emocionalmente. Un niño con estas características requiere que lo alienten para que haga su mejor y mayor esfuerzo y así logre vencer sus limitaciones y desarrolle sus potencialidades al máximo. Hay que recordar que grandes impedimentos requieren más esfuerzo, pero también será mayor el aprendizaje y satisfacción obtenidos por los logros.

Para que el adulto que convive con personas con alguna discapacidad pueda realmente ayudarlas, necesita entrar en contacto y vencer sus propias culpas y miedos. Los padres y hermanos que caen en la sobreprotección por dicha culpa, no se dan cuenta de que el precio de aliviar su incomodidad es inutilizar e invalidar al otro (Barocio, 2004).

En lo que respecta a su familia, Ángel percibe a sus padres como figuras importantes que satisfacen sus necesidades y le dan confianza. En ocasiones, describe a su hermanito como enojado y dice que lo agrede verbal o físicamente; menciona que cuando Daniel lo molesta, él **lo acusa** con su mamá.

Es importante mencionar que los padres de Ángel tienen diferentes estilos y métodos para disciplinar a sus hijos: el padre tiende a ser más autoritario y la madre más permisiva. Es primordial que los padres ejerzan un estilo de crianza mas autoritativo, mediante el cual sus hijos adquieran límites y una estructura que les de seguridad. De acuerdo con Craig (2001), los padres autoritativos (con autoridad) combinan un control moderado con afecto, aceptación y fomentan la autonomía; establecen límites razonables ante las conductas y ofrecen explicaciones adecuadas al nivel de comprensión del niño. Sus acciones no parecen arbitrarias ni injustas, razón por la cual los hijos están más dispuestos a aceptar las restricciones. Además, escuchan las objeciones de los pequeños y muestran flexibilidad cuando así conviene.

El que los padres apliquen un control firme a sus hijos, pero que al mismo tiempo alienten la comunicación y la negociación en el establecimiento de las reglas de la familia, origina que los niños

sean más seguros de sí mismos, tengan un mayor autocontrol y competencia social. Con el tiempo, adquieren mayor autoestima y logran un mejor desempeño escolar (Craig, 2001).

De acuerdo con lo anterior, y siguiendo a Schaefer (2005), la estructura hace que los niños sientan que el mundo es seguro, predecible y confiable. Por ello es de vital importancia que los adultos les pongan reglas y límites desde muy pequeños. También las rutinas cotidianas como comer, bañarse, dormir, etc., ayudan en este propósito. Todo lo anterior, les da a los niños la sensación de regularidad y seguridad.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

El proceso psicoterapéutico de Ángel se manejó a través de la Terapia de Juego Normativa (Schaefer, 2005), en la cual se busca adecuar la aplicación de las intervenciones psicológicas a los pacientes en lo individual. La aproximación normativa ecléctica busca incorporar las teorías y técnicas de diversos psicoterapeutas en un marco general que facilite el desarrollo de estrategias de tratamiento específicas para el niño. La meta del psicoterapeuta consiste en elaborar un plan de tratamiento individualizado que corresponda a las necesidades y situación del paciente y que, por consiguiente, se optimice el beneficio terapéutico.

Tomando en cuenta lo anterior, el proceso psicoterapéutico de Ángel se estableció principalmente con base en técnicas propias de dos modelos teóricos: la Terapia de Juego Gestalt y la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual.

Oaklander (2000), psicoterapeuta Gestalt, menciona que mediante el juego, el niño somete a prueba su mundo y aprende sobre él y que, por lo tanto, es esencial para su sano desarrollo mental, físico y social. El juego es su forma de autoterapia; éste lo ayuda a resolver confusiones, angustias y conflictos. En la seguridad del juego, todo niño puede ensayar sus propias nuevas formas de ser. Le sirve de lenguaje, ya que vivencia muchas cosas en su vida que todavía no puede expresar por este medio, por lo que usa el juego para formular y asimilar lo que experimenta. Por esto, el juego cumple una función vital para los niños.

Schaefer (2005) menciona que la terapia Gestalt es una modalidad de Terapia Humanista, orientada a los procesos que se interesan por el funcionamiento integral y saludable del organismo en su totalidad: las emociones, el intelecto, los sentidos y el cuerpo. Todos sus principios y conceptos, se relacionan con el desarrollo infantil saludable, así como con la psicopatología infantil. Este enfoque psicoterapéutico utiliza el término **contacto** para referirse a la capacidad de estar presente por completo en una determinada situación, con todos los aspectos vitales y disponibles del organismo. El niño que mantiene una postura de contacto fija, como exigir atención permanente, no es capaz de jugar solo o hablar constantemente, muestra evidencias de un sentido del ***self*** frágil. En contraste, el contacto saludable supone una sensación de seguridad con uno mismo, y por tanto, de valentía para ser independiente.

Para la Terapia Gestalt, los niños que asisten a terapia manifiestan **resistencias** o **perturbaciones en los límites de contacto**, es decir, en su búsqueda por la supervivencia; los niños inhiben, bloquean, restringen y reprimen varios aspectos del organismo como sus emociones, su intelecto, su cuerpo y sus sentidos. En la Terapia de Juego Gestalt, se emplean muchas técnicas proyectivas, expresivas y creativas como el dibujo, la narración de historias, los títeres, los juegos de fantasía e imaginería, la arcilla o masa de colores, las experiencias de movimiento corporal, etc.

También es importante señalar que esta modalidad terapéutica está orientada a los procesos, presta atención al qué y cómo del comportamiento, pues la consciencia personal del proceso conduce al cambio. En los niños, la experiencia se convierte en la clave para que cobren consciencia, siendo ésta un componente esencial del proceso terapéutico (Schaefer, 2005).

Por otro lado, como señalan Friedberg y McClure (2005), la Terapia Cognitiva con niños suele basarse en un enfoque experiencial, centrado en **el aquí y el ahora**. Los niños están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo, es decir, están orientados a la acción. Conectar habilidades de

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

afrontamiento a acciones concretas suele ayudarlos a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada. Además, la acción da vitalidad a la terapia, y la motivación de los niños mejora cuando se divierten.

De acuerdo con Schaefer (2005) la Teoría Cognitiva sostiene que las experiencias emocionales de un individuo están determinadas por cogniciones que se han desarrollado, en parte, a partir de las experiencias tempranas de la vida. La Terapia de Juego Cognitivo-Conductual es producto del modelo cognitivo de los trastornos emocionales que comprende la interrelación de la cognición, la conducta y la fisiología, y sostiene que en el comportamiento median procesos verbales; la forma en que los individuos construyen el mundo determina en gran medida cómo se comportan, sienten y entienden las situaciones de la vida.

Este autor señala que la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual hace énfasis en la participación personal del niño en la terapia y aborda aspectos de control, dominio y responsabilidad con los que el menor es capaz de modificar su propio comportamiento; además, mediante el juego, el cambio cognitivo se comunica en forma indirecta.

La mayor parte de las intervenciones cognitivo-conductuales incluyen cierta forma de modelamiento, que es un recurso eficaz y práctico para aprender, así como para adquirir, fortalecer o debilitar comportamientos específicos. Otras intervenciones de este enfoque incluyen el reforzamiento positivo, el moldeamiento, la desensibilización sistemática, el desvanecimiento del estímulo, la extinción, la autosupervisión, las estrategias para contrarrestar opiniones irracionales, planteamientos de afrontamiento personales, biblioterapia, etc. La Terapia de Juego Cognitivo-Conductual ofrece actividades estructuradas y orientadas a metas, y al mismo tiempo permite que el niño aporte material espontáneo a la sesión (Schaefer, 2005).

OBJETIVOS Y METAS

Con el apoyo psicoterapéutico, se buscó que Ángel:

- Aumentara su tolerancia a la frustración. Era importante que el niño aprendiera a ceder el control y a esperar cuando quería conseguir algo (por ejemplo, en la elección de los juegos). Es decir, que comprendiera que no siempre se puede hacer lo que él quiere o en el momento en el que lo desea.
- Identificara y manejara sus emociones, principalmente el enojo, mediante el aprendizaje de técnicas para su expresión y de manera adecuada.
- Adquiriera una estructura que le permitiera el manejo adecuado de su conducta tanto en su casa como en la escuela. Para lo anterior, las sesiones de intervención se planearon con una rutina específica.
- Aprendiera la importancia de cumplir con las reglas que se han acordado previamente (por ejemplo, en el cuarto de juegos y en los juegos de mesa); que comprendiera que cumplirlas es parte del respeto a la persona con la que tiene lugar la interacción. Asimismo, se consideró importante que entendiera que en los juegos lo principal es divertirse, sin importar quién gane o pierda.

También fue primordial trabajar con los padres en lo que respecta al manejo de sus hijos en casa, principalmente en la implementación de límites adecuados y equitativos para ambos hijos; el establecimiento de acuerdos familiares en cuanto a refuerzos y sanciones; así como en la modificación de sus patrones de crianza para que existiera un acuerdo entre ellos en la forma de disciplinar a sus hijos, es decir, que se mostraran más autoritativos (Craig, 2001); para que de esta forma, la dinámica familiar se tornara más armoniosa y con una estructura que les proporcionara a los niños seguridad, con lo cual mejoraría su comportamiento en los diversos ámbitos en los que se desenvuelven.

Asimismo, se pretendía que al lograr los objetivos mencionados anteriormente, la relación entre hermanos fuera más armónica; con este fin, también se trabajaron sesiones en las que se incluía a su hermano.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

En total, se tuvieron 25 sesiones (una por semana), 20 sesiones individuales con Ángel, tres en las que se incluyó a su hermano menor y dos sesiones de retroalimentación con los padres. Además, se tuvo una sesión fraterna de seguimiento.

DIAGNÓSTICO (8 SESIONES)

En las sesiones de diagnóstico, se utilizaron técnicas y juegos con el objetivo de que Ángel expresara los aspectos significativos de su entorno, sus sentimientos y conductas.

Durante estas sesiones fue sumamente importante observar las conductas de Ángel. En la primera sesión, se le explicó de manera muy sencilla la razón por la que asistiría a terapia: "éste es el cuarto de juegos, aquí vamos a jugar pero también platicaremos de las cosas que nos pasan y de lo que pensamos y sentimos acerca de ellas; también haremos distintas actividades y aprenderemos muchas cosas". Asimismo, se le mencionaron las reglas del cuarto de juegos: "antes de cambiar de juego debemos recoger y poner en su lugar el que estábamos ocupando, y no está permitido lastimarnos físicamente".

Se eligieron juegos que le permitieran expresar los aspectos significativos de su entorno (en especial, se introdujeron temas relacionados con su familia y la escuela). También, se abordaron los sentimientos respecto a estos entornos y las conductas que manifestaba en ellos.

Entre las técnicas utilizadas se encuentran los títeres, la casita y la familia cara de papa. En las historias que el niño fue creando, generalmente estaba presente la díada madre-hijo, siendo la función de la madre la satisfacción de sus necesidades y gustos. Otro tema que se abordó fue el de la escuela; Ángel mostró mucha resistencia ante esto y cada vez que se intentaba hablar de ello, insistía en cambiar de juego. En una ocasión hizo un fuerte berrinche porque en la historia que estaba contando no quería que el niño fuera a la escuela.

Otras técnicas utilizadas fueron el dibujo de la figura humana y el dibujo de la familia. Fue posible observar que al realizar sus dibujos, Ángel tendía a tacharlos, borrarlos o dibujarlos nuevamente en otra hoja, además de que expresaba verbalmente que le habían salido mal. Es importante recalcar que lo anterior se presentó constantemente en los dibujos que realizó a lo largo del proceso, lo que puede sugerir la clara percepción que tiene de su limitación, posiblemente porque compara sus dibujos con otros que ha observado, mismos que le sirven como parámetro de lo que es una buena ejecución en un dibujo.

En lo que respecta al dibujo de la figura humana, de acuerdo con los criterios establecidos por Koppitz en lo referente a los indicadores del desarrollo en los niños (citado en Esquivel, Heredia & Lucio, 2007), Ángel obtuvo un nivel por debajo a lo esperado a su edad (lo cual coincide con la valoración neuropsicológica que le realizaron año y medio antes de que acudiera a psicoterapia). En lo que respecta a los indicadores emocionales, se pudo observar cierta timidez, inseguridad y retraimiento, así como inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.

En esta prueba, Ángel primero dibujó un niño. La historia acerca de éste se conformó con base en preguntas ya que el paciente no narró espontáneamente una historia completa. La historia reflejó el apego significativo que tiene con su madre; mencionó que siente tristeza cuando ella no está y se pone **contento** cuando ella llega a casa. En la segunda figura humana, dibujó a su mamá y mencionó lo feliz que se siente cuando ella está en casa con él.

En cuanto al dibujo de la familia (ver figura C1-2), de izquierda a derecha dibujó en primer lugar a su mamá, siendo la figura más grande, después se dibujó él mismo, luego a su papá y en último lugar a su hermano. En sus trabajos realizó a todos con una sonrisa. De acuerdo a la interpretación de Joseph M. Lluis Font (citado en Esquivel, Heredia & Lucio, 2007), Ángel tiende a responder de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente; el dibujo también reflejó la presencia de muchas fantasías, ansiedad

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y algunos conflictos emocionales. En la pintura, el niño valorizó la figura materna y desvalorizó a su hermano; asimismo, manifestó la existencia de problemas importantes con éste último. Al intercalarse él entre los padres, es posible que haya expresado un deseo de sobreprotección o dependencia.

Se le preguntó con quién se llevaba mejor, Ángel mencionó que todos le "caían bien", pero que le gustaba jugar más con mamá y con papá. Se le preguntó quién era el más feliz y el menos feliz de todos, a lo cual señaló que él era el más feliz, luego seguía su mamá, después su papá y en último lugar su hermano (puso números a los dibujos al mismo tiempo que iba mencionándolos).

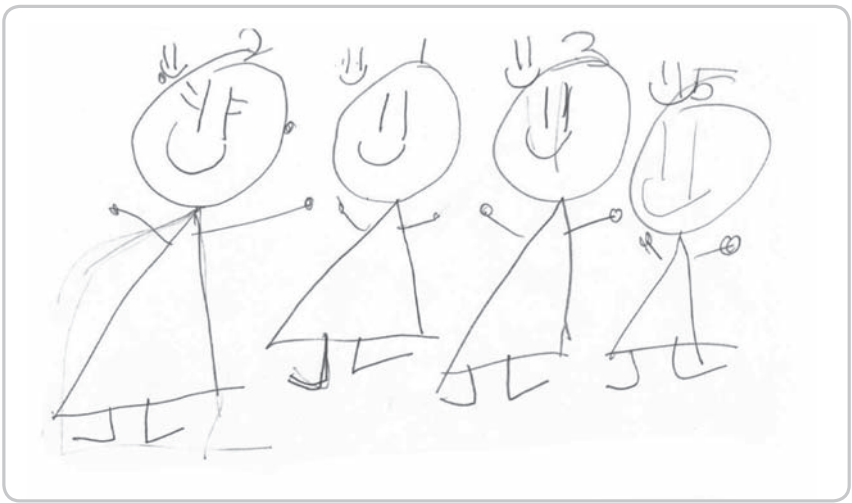


Figura C1-2. Dibujo de la familia de Ángel.

Es importante mencionar que en una actividad posterior en la que se le pidió que dibujara **lo más bonito de su vida**, primero dijo que lo que más le gustaba era estar en su casa y que iba a dibujar a su familia. De izquierda a derecha hizo el retrato primero de su mamá, luego se dibujó él, a su lado dibujó a su **muchacha** (la nana que lo cuida en su casa), lo que indica que es una figura importante en su vida pues comparte con ella mucho tiempo; después dibujó a su hermano y por último a su papá. Mencionó que también sus abuelitos son parte de su familia.

Con todos los datos anteriores, fue posible observar que la figura más significativa para Ángel es su madre; con su padre tiene una buena relación aunque un poco distante, ya que debido a su trabajo pasa poco tiempo en casa. En lo que respecta a su hermano, mencionó frecuentemente que lo **trata mal** y que cuando lo molesta **lo acusa** con su mamá.

Durante estas sesiones, también se utilizó el dibujo libre con pintura digital, plumones, colores y crayolas. Con frecuencia dibujó personas, paisajes y objetos que recientemente le habían enseñado a dibujar en su casa o en la escuela. Además, mediante un juego de mesa, se le solicitaba que dibujara personas y objetos diversos. Asimismo, se pudo observar que Ángel puede integrar de manera adecuada las piezas de un rompecabezas.

También, se utilizaron algunos juegos de mesa que implicaban el cumplimiento de ciertas reglas, algunas de las cuales fueron adaptándose. Se observó que el niño tendía a dirigir la manera de cómo jugar, aunque en ocasiones pedía que se le explicara el juego.

Para conocer lo que Ángel pensaba sobre diversos aspectos se utilizó un juego de mesa en el cual de una torre de bloques de madera se van sacando piezas para acomodarlas en la parte superior de la misma, cuidando que la torre no se caiga. Cada jugador debe responder una pregunta antes de colocar el bloque en la parte superior de la torre. Con este juego se le preguntó sobre lo que hacía cuando estaba enojado, triste o feliz y en qué momentos se sentía así. Asimismo se le cuestionó sobre las personas significativas en su vida, sus gustos e intereses y de algunas características de sí mismo.

Es importante señalar que si el juego o la actividad resultaban motivantes o agradables para Ángel, podía enfocar y mantener su atención de manera adecuada. De lo contrario, se resistía, dispersaba su atención e insistía en cambiar de juego o actividad.

Intervención (11 sesiones)

Las sesiones de intervención tuvieron una rutina específica y se aplicaron diversas técnicas como el dibujo libre, los cuentos ilustrados, juegos de mesa con reglas y otras que ayudaron en la identificación y expresión adecuada de su enojo. Al final de las sesiones, se hacía énfasis en lo que habíamos aprendido y se le pedía que fuera practicando en casa.

Se consideró de suma importancia el que Ángel adquiriera una mayor estructura, con el objetivo de que gradualmente también fuera logrando un control interno superior respecto a su conducta. Para esto, las sesiones de intervención tuvieron la siguiente rutina: al inicio, se le motivaba para que al llegar, saludara verbalmente, después se platicaba durante algunos minutos sobre lo que le había pasado en la semana, posteriormente se hacía una actividad o juego (se le planteó que algunas veces él elegiría y otras veces la terapeuta le indicaría), al final se comentaría sobre lo que se había aprendido en la sesión y la despedida se haría también de manera verbal.

A lo largo de las sesiones se utilizaron juegos de mesa que implicaban el cumplimiento de reglas específicas. Éstas no siempre eran las del juego original ya que se fueron adaptando para trabajar la tolerancia a la frustración de Ángel. Previamente se platicaba con él acerca de las reglas y de la importancia de cumplirlas, se supervisaba que las siguiera y se le señalaba cuando esto no ocurría. En varias ocasiones, el niño tenía que aceptar que perdía y se hacía énfasis en que lo importante de los juegos era divertirse, sin importar quién ganara o perdiera.

Durante los juegos fue posible observar que Ángel cuenta con buena habilidad de memoria a corto plazo y adecuada discriminación de imágenes. Es capaz de finalizar las tareas adecuadamente, aunque requiere un poco más de tiempo para hacerlo.

Al principio, le costó un poco de trabajo seguir las reglas y tolerar que algunas veces perdiera, pero conforme se fue avanzando en las sesiones Ángel fue aceptándolas e incluso ya no era necesario repetirlas, pues las había introyectado; las seguía fácilmente y sin enojarse.

Asimismo, se trabajó la identificación y la expresión adecuada de sus emociones a través de diversas estrategias y técnicas que él pudiera ir aprendiendo para aplicar en su vida diaria.

Se utilizaron cuentos ilustrados con los que se trabajó en torno a la tristeza, el perdón, el enojo, las normas para la convivencia social y el respeto a sí mismo y hacia los demás. Se leía el cuento mostrándole simultáneamente los dibujos que en él aparecían, después se le hacían preguntas acerca del tema que se había abordado, de las secciones del cuento que le habían gustado y las que no, y se le daban ejemplos para que relacionara dicha información con lo que vive día a día. En algunas ocasiones, se le pedía que realizara un dibujo acerca de lo que había aprendido con el cuento.

En algunas sesiones, se utilizó el dibujo libre como medio de expresión de su mundo interno. Generalmente Ángel dibujaba personas significativas para él (familia, nana), objetos diversos que había aprendido a dibujar recientemente y paisajes con pasto, cielo, sol y arcoiris. Al igual que en la etapa de diagnóstico, se continuó observando que Ángel tiende a tachar, borrar o dibujar nuevamente en otra hoja, expresando: **no puedo**, **no me sale**. Ante esto, en las sesiones de intervención se le motivó constantemente para hacer su mejor esfuerzo al realizar actividades que se le dificultaban (reforzamiento positivo), además de que se le señalaban sus logros y las actividades que podía lograr con facilidad, lo anterior con el objetivo de mejorar su autoconfianza.

En lo que respecta a la identificación y manejo adecuado de su enojo (en especial, cuando las cosas no salían como él quería o cuando su hermano lo agredía), se trabajaron técnicas para ayudarlo a expresar y manejar dicha emoción; éstas, además de trabajarlas en el consultorio, también podían realizarse en casa. Se le explicó que era algo **normal** que las personas se enojaran algunas veces, pero que lo importante era que lo expresaran sin lastimar a los demás ni a ellos mismos. Estas técnicas se le fueron modelando, entre ellas se encuentran:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Globos. Se le pedía que primero pensara en la situación que le causara enojo y posteriormente inflara el globo pensando en que el aire que salía de su boca contenía el enojo que tenía dentro de su cuerpo. Una vez depositado el disgusto dentro del globo, se le hacía un nudo para que el aire (enojo) no se saliera y se le dibujaba una cara enojada (que era como él se sentía). Después, él podía ir golpeando y persiguiendo el globo por todo el consultorio hasta que se reventara o se utilizaba una pequeña aguja para romperlo. Se le explicó que ésta era una actividad que podía utilizar cuando estuviera enojado, para que este sentimiento se fuera.

Colorear. Se le proporcionaba una hoja en blanco y crayolas de distintos colores, y se le solicitaba que pensara en las circunstancias que originaban su enojo. Simultáneamente debía rayar la hoja con los colores que él eligiera (de preferencia, apoyando la crayola con fuerza) imaginando que en los rayones iba quedando su enojo; incluso podía ir verbalizando lo que lo hacía sentir así. Después de esto, debía arrugarla, romperla y tirarla al bote de basura. Esta acción podía repetirla varias veces, hasta que él sintiera que el enojo se había ido por completo al **bote de basura**.

Técnicas para realizar en casa. Como se mencionó, se leyeron algunos cuentos acerca del enojo en los cuales se explicaba de manera muy sencilla, y mediante dibujos y ejemplos, cómo se sentían los niños cuando se enojaban y lo que hacían para expresar su enojo. Entre estas estrategias, se encontraban mirarse al espejo y hacer muecas que expresaran el enojo; pegarle a una almohada; correr en un espacio abierto hasta cansarse; gritar **al aire** (no a las personas) y en un espacio abierto donde no hubiera nadie (por ejemplo, el jardín o el patio de su casa) las razones de su enojo, respirar profundamente, contar lentamente hasta diez; y tratar de pensar en cosas agradables y divertidas.

Al final de las sesiones, se hacía énfasis en lo aprendido y se le pedía que practicara estas estrategias en casa.

JUEGO FRATERNO (3 SESIONES)

En varias ocasiones se le planteó a Ángel la posibilidad de invitar a su hermano a jugar con él y la terapeuta. Éste frecuentemente respondía que Daniel no podía porque estaba enfermo o porque tenía mucha tarea. Ante dicha resistencia, se le comentaba que algunos juegos eran más divertidos cuando jugaban más de dos personas, y que además como él ya sabía jugar muy bien algunos de ellos, le podría explicar a su hermano cómo jugarlos. Después de algunas sesiones, Ángel accedió a que Daniel entrara a una sesión.

En la primera sesión fraterna, se optó por trabajar la primera media hora con Ángel de manera individual. En este lapso, se planearon con él los juegos que podía enseñarle a Daniel y se le señaló que también era importante decirle acerca de las reglas del cuarto de juegos. En la media hora restante, se invitó a su hermano; se le informó de las reglas y de las actividades que se realizarían. No obstante, a Daniel se le dificultó mucho seguir lo que se había planeado e insistía constantemente en tomar otros juguetes; además en algunas ocasiones agredía verbalmente a Ángel a pesar de que se le señalaba lo inapropiado de esto.

Al final de la sesión, se le comentó a la madre lo ocurrido, quien indicó que Daniel no había tomado su medicamento para el TDAH, hecho que pudo haber influido en que se comportara más inquieto que de costumbre. La madre solicitó también apoyo psicoterapéutico para Daniel, ya que tanto para ella como para su esposo era muy difícil ponerle límites en casa, se presentaban frecuentes pleitos con Ángel, lo agredía verbal y físicamente, aunque, por otro lado, en la escuela asumía la responsabilidad de los objetos personales de su hermano y estaba muy pendiente de él. Asimismo, la madre pidió que se trabajara la socialización con el fin de mejorar la relación que establece con niños de su edad.

Dadas las circunstancias anteriores, se decidió planear con la psicóloga que atendería a Daniel y la supervisora de los casos clínicos, el rumbo que tomaría la terapia de Ángel, tomando en consideración que parte del motivo de consulta de ambos niños incluía mejorar la relación entre hermanos.

Debido a que ya se habían observado cambios favorables en Ángel relacionados con su tolerancia a la frustración y en el manejo adecuado de sus emociones y su conducta, se consideró que era el momento de cerrar el proceso psicoterapéutico enfocado a lo anterior, y establecer una nueva estrategia para abordar la relación entre hermanos. Ésta consistiría en que primero, se realizarían dos sesiones en donde entrarían ambas psicólogas a observar la dinámica de la relación entre los hermanos. Posteriormente, se llevaría a cabo una sesión de cierre con Ángel y se le explicaría que se tendría una sesión al mes con su hermano y la psicóloga de éste. Por otra parte, Daniel iniciaría su propio proceso psicoterapéutico.

En la segunda sesión fraterna, luego de recordarles nuevamente las reglas del cuarto de juegos, se realizó una actividad en la que Ángel y Daniel tenían que ponerse de acuerdo para crear un acuario con crayolas, plumones y pinturas digitales en una cartulina grande. Después de darles las instrucciones, cada uno empezó a dibujar, sin un acuerdo previo, diferentes animales marinos. A Ángel se le dificultaba dibujarlos, por lo que algunos de sus peces se convirtieron en **manchones** con pintura digital. Esto provocó que Daniel le dijera constantemente **así no,** haciendo un gesto como de desesperación. Al final, un poco molesto y resignado por lo anterior, sólo le decía a Ángel **bueno, no importa**. Se les señaló que lo importante de la actividad era que ambos escucharan la opinión del otro para que el acuario fuera una creación de los dos y se habló de la importancia de llegar a acuerdos aceptando las diferencias de los demás.

Posteriormente, se realizó un juego en el que también participaron las terapeutas que consistía en esconder a uno de los niños dentro de un cubo, formado por piezas grandes de fomi, el cual debía imaginarse que era un objeto o animal; al mismo tiempo los demás tenían que ir adivinando por medio de preguntas cerradas (de respuestas sí o no) de qué personaje se trataba. Esta actividad resultó divertida para ambos y ayudó a que estuvieran contentos al salir de la sesión.

En la tercera sesión, cada terapeuta trabajó durante 20 minutos con su paciente con la finalidad de indagar acerca de lo que pensaban y sentían respecto a la sesión fraterna anterior, Ángel manifestó que se divirtió en esa sesión y ya no mostraba tanta resistencia a jugar con su hermano.

En los 40 minutos restantes de esta sesión, se utilizaron dos juegos de mesa cuyas reglas eran más específicas. En el primero, cada uno de los participantes debía encontrar la imagen de un objeto determinado en una tabla que contenía muchas otras imágenes. Ambos niños lograron el objetivo y se divirtieron. En el segundo juego, cada participante iba sacando de una torre, bloques de madera al tiempo que respondía una pregunta. Una vez que se daba la respuesta, se colocaba el bloque en la parte superior de la torre cuidando no derrumbarla. Las preguntas se referían a distintos temas entre los que se encontraban las razones por las que se enojaban o por las que se sentían tristes o felices, los momentos en los que se sentían así, las personas significativas en su vida, sus gustos, intereses y algunas características de ellos mismos. Este juego tuvo como objetivo que Ángel y su hermano pudieran conocerse mejor, descubrir cosas importantes que probablemente no sabían del otro, darse cuenta de en qué aspectos coincidían y en cuáles eran diferentes, etc. Este objetivo se les señaló al final de la sesión y se les preguntó qué habían aprendido uno del otro.

CIERRE PSICOTERAPÉUTICO (1 SESIÓN)

Una sesión antes del cierre, se comentó con Ángel que el trabajo que se realizaba en terapia estaba por llegar a su fin; que ya no asistiría todas las semanas, sino sólo una vez al mes junto con su hermano, esto debido a que había aprendido muchas cosas que lo hacían sentirse y portarse mejor tanto en su casa como en la escuela.

En la sesión de cierre, primero se realizó una actividad en la que, con masa de colores, representó cómo se sentía antes de asistir al consultorio y cómo se sintió después. Ángel hizo una carita triste que colocó en el espacio de la hoja que correspondía al antes y una carita feliz que puso en el recuadro de ahora, después dibujó con plumones el resto del cuerpo, uno para cada carita y describió de manera verbal lo que había representado.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Por otro lado, con el fin de reforzar la comprensión de Ángel sobre los cambios alcanzados en terapia, se le proporcionaron dos dibujos para que él coloreara. En el primero, estaba dibujado un niño enojado (que lo representaba a él antes de la psicoterapia) y a su lado otros dibujos que representaban algunas de las razones de su enojo (por ejemplo, la escuela, el que no expresara de manera adecuada lo que pensaba y sentía, los berrinches cuando algo no salía como él quería, etc.). En el segundo, también estaba dibujado un niño pero ahora con una sonrisa y dibujos que representaban situaciones que hacían sentir bien a Ángel (como ir contento a la escuela, poder expresar adecuadamente lo que piensa y siente, aceptar y disfrutar de los juegos aunque no siempre sucediera lo que él quería, etc.). Se le explicaron uno a uno los dibujos; primero se le pidió que iluminara el que representaba **el antes**, usó los colores rojo y naranja y rayó con la crayola varios dibujos. En contraste, cuando coloreó el dibujo que representaba **el después**, utilizó muchos colores, respetó más los contornos y al final le dibujó **pasto verde**.

Posteriormente, se le pidió que realizara una **cartita** con dibujos (ya que Ángel aún estaba en el proceso de lectoescritura) que serviría como obsequio de despedida; en la cual, podían expresarse aquellos sentimientos que se habían generado durante el proceso psicoterapéutico, así como los buenos deseos que teníamos para cada uno de los que participaron en las sesiones (ver figura C1-3). Ángel dividió su hoja a la mitad; en la primera parte hizo **garabatos** que simulaban un mensaje escrito. Al preguntarle qué decía, mencionó: **para ti con mucho cariño de Ángel, gracias**. En la otra mitad de la hoja, primero dibujó a la terapeuta, luego se dibujó él, después dibujó a la psicóloga de su hermano y por último a Daniel, todos sonriendo y dijo que habían jugado todos juntos y que había sido divertido. La parte de atrás de esta hoja, la llenó de caritas felices. Por último, la dobló y se la dio a la terapeutas, al tiempo que también le dio un fuerte abrazo. Ésta le entregó también una carta, en ella estaban dibujados los dos, y le expresó lo orgullosa que le hacía sentir con sus logros y con todo lo que había aprendido, que había disfrutado mucho jugar y platicar con él, y le sugirió que siguiera sonriendo (pues durante las últimas sesiones era algo que hacía muy frecuentemente). Para terminar, se realizó un pequeño convivio.

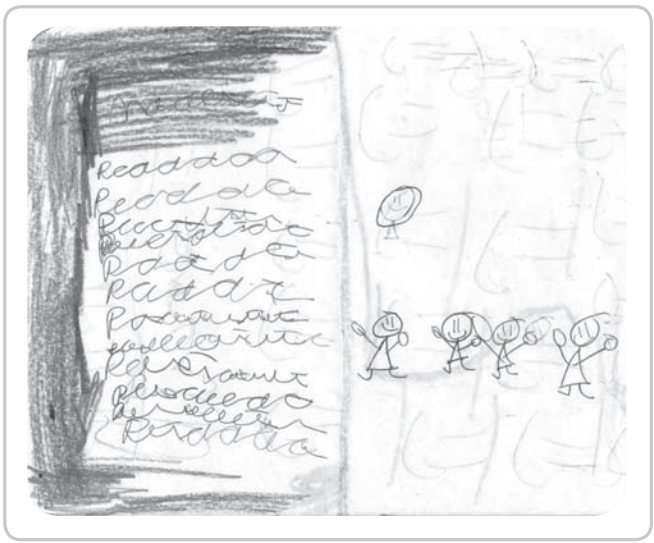


Figura C1-3. Cartita con dibujos.

RETROALIMENTACIÓN CON LOS PADRES (2 SESIONES)

Durante el proceso psicoterapéutico de Ángel, se tuvieron dos sesiones de retroalimentación con los padres: la primera fue después de la etapa de diagnóstico y la segunda después de la sesión de cierre con Ángel.

En la primera sesión de retroalimentación, se comentó a los padres lo que se había observado en su hijo así como los objetivos psicoterapéuticos que se pretendían alcanzar. De la misma manera, se indagaron datos acerca del comportamiento de Ángel tanto en el hogar como en la escuela.

Se les pidió que en casa manejaran límites más adecuados y equitativos para sus hijos, así como rutinas que les proporcionaran una mayor estructura. Se les sugirió que juntos establecieran acuerdos sobre la manera de disciplinarlos. También se les recomendó bibliografía respecto a cómo establecer dicha disciplina sin que cayeran en los extremos del autoritarismo y/o permisividad.

Se sugirió trabajar la relación padre-hijo con el objetivo de que, además de crear momentos de convivencia agradables para ambos, se fomentara la cercanía e identificación con la figura masculina. Asimismo, se consideró importante que los padres compartieran su tiempo y atención con ambos hijos y que se evitaran los conflictos de autoridad frente a ellos; lo anterior con el fin de que los niños no descalificaran la autoridad de ninguno de los dos.

Respecto a las actividades que se le dificultaban a Ángel (algunas de las cuales el niño tenía presente), se les comentó que era importante fomentar su autoconfianza, señalando y reforzando todo lo que sí podía lograr. Para esto, también se consideró significativo que se promoviera su autonomía para que adquiriera una mayor seguridad en sí mismo.

La segunda sesión de retroalimentación con los padres tuvo como objetivo señalar los logros que Ángel había obtenido en el proceso psicoterapéutico. Ellos comentaron que se habían presentado cambios favorables en su conducta tanto en casa como en la escuela. Se indicaron los avances observados en el consultorio y se hizo énfasis en seguir trabajando los límites y acuerdos entre ellos sobre la forma de disciplinar a sus hijos.

Igualmente, se les propuso que ellos mismos crearan un espacio en casa llamado **El rincón del enojo,** en donde tanto Ángel como su hermano, pudieran expresar adecuadamente su disgusto mediante técnicas que previamente se le habían enseñado en el consultorio (colorear, globos, almohada para golpear, etc.). Los niños podían acudir al rincón siempre y cuando no hubieran agredido a alguien durante el tiempo que habían estado enojados (en este caso, se debería aplicar una sanción acorde a la falta cometida recordándoles los límites establecidos), ya que se debía cuidar que este rincón no sirviera como reforzador de una conducta inadecuada que ya hubieran realizado (por ejemplo, lastimar a alguien, desobedecer a sus padres, etc.). Se les comentó la importancia de explicar a los niños que enojarse era algo normal, pero que lo que **no se valía** era que no se respetara a los demás y/o a ellos mismos cuando estuvieran enojados; por lo que este rincón sería un espacio para que pudieran sacar su enojo, calmarse y después, resolver de manera adecuada lo ocurrido.

Otro punto importante abordado en esta sesión, fue que todavía faltaban aspectos por trabajar en la relación entre hermanos; por lo que, tomando en consideración que parte del motivo de consulta de ambos niños incluía el que se mejorara la relación entre ellos, se trabajaría una sesión fraterna al mes, misma que sería planeada en conjunto por las terapeutas de los niños (en ese momento, Daniel ya había iniciado su propio proceso psicoterapéutico). Los padres estuvieron de acuerdo con lo anterior.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Debido a que el nivel de desempeño de Ángel se encuentra por debajo de lo esperado a su edad, se trabajó de acuerdo a las habilidades y competencias que presentaba, adecuando tanto los juegos y las actividades, como el lenguaje utilizado en las sesiones.

Durante las sesiones de intervención, se fue observando que para Ángel era cada vez más sencillo adaptarse a la rutina y a las reglas tanto del cuarto de juegos como de las actividades que se realizaban; incluso en las últimas sesiones, él seguía la rutina y las reglas sin tener que recordárselas.

En lo que respecta a su tolerancia a la frustración, se logró que aceptara que otra persona eligiera los juegos, que esperara su turno, además de que ya no hacía berrinches cuando perdía; antes bien, disfrutaba del juego, sin importar quién ganara o perdiera.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Con el paso del tiempo, se observó a un niño cada vez más estructurado que manejaba mejor su conducta ante situaciones que le pudieran causar enojo o frustración. En las últimas sesiones, se comportaba muy tranquilo y colaborador.

Ángel aprendió a conocer con más claridad todas las habilidades que poseía y a no hacer que sus limitaciones lo frenaran, comprendió que lo más importante era intentarlo.

Asimismo, logró identificar y expresar sus emociones de manera más adecuada, en especial, aprendió distintas formas de expresar su enojo sin lastimarse ni herir a los demás.

A pesar de que se consideró de suma importancia continuar trabajando la relación con su hermano, Ángel tenía más clara la importancia de respetar a los demás, lo que hacía más sencilla la convivencia con Daniel y con las personas de su ambiente.

En el ámbito escolar, se reportó que disminuyeron notablemente tanto los berrinches como su resistencia hacia todo lo relacionado con su escuela.

Todo lo anterior también se fue corroborando con su madre, preguntándole cómo observaba a Ángel en casa y sobre los reportes que le iba dando la escuela sobre el comportamiento del niño. Esto se realizó en varias ocasiones al salir de las sesiones.

No cabe duda que, como menciona Axline (2003), el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño, mediante éste logra transmitir sus sentimientos y problemas. De la misma manera, el juego también debe ser el medio a través del cual los pequeños puedan superar dichos problemas.

SEGUIMIENTO

Después de la sesión de cierre con Ángel, se ha tenido una sesión fraterna con el fin de continuar trabajando la relación entre los hermanos. Las dos terapeutas planearon para esta sesión la creación de historias con títeres. Se les propuso a los niños inventar juntos un cuento y representarlo con éstos. Sin embargo, Daniel mencionó que prefería que lo hiciera cada uno con su terapeuta, al escuchar esto Ángel quiso lo mismo. Dado lo anterior, se pretendió modelarles la manera en cómo llegar a un acuerdo y así, poder crear algo divertido entre dos personas. Se inventaron historias relacionadas con la tolerancia y el enojo. Se les mencionó que ahora que ya habían aprendido a trabajar en equipo, estaban listos para que en la siguiente sesión intentaran realizar una historia que fuera creación de los dos.

Por último, se jugó con la torre formada por los bloques de madera para que, por medio de las preguntas que se debían responder en cada turno, Ángel y su hermano pudieran conocerse cada vez mejor, señalándoles aquellos aspectos en los que coincidían. Este objetivo se les señaló al final de la sesión, y se les preguntó qué cosas, que aún no sabían del otro, habían descubierto.

Al final de esta sesión, la madre de Ángel reportó que los logros obtenidos en la psicoterapia individual de su hijo continuaban manteniéndose, que se encontraba muy bien tanto en su casa como en la escuela.

REFERENCIAS

Axline, V. (2003). *Terapia de Juego.* México: Diana.

Barocio, R. (2004). *Disciplina con amor: cómo poner límites sin ahogarse en la culpa.* México: Pax México.

Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico* (8ª ed.). México: Prentice Hall.

Esquivel, F., Heredia, M. & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (3ª ed.). México: El Manual Moderno.

Friedberg, R. y McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes.* España: Paidós.

Oaklander, V. (2000). *Ventanas a nuestros niños:Terapia Gestáltica para niños y adolescentes* (5ª ed.). Chile: Cuatro Vientos.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo* (8ª ed.). Colombia: Mc Graw Hill.

Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego.* México: El Manual Moderno.

CASO 2.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE JUEGO, ASPERGER Y FUNCIONALIZACIÓN COGNITIVA

"...tú no has visto nada..."

Felipe Cruz Pérez
Neuropsicólogo
Laboratorio de Cognición y Desarrollo.
Facultad de Psicología, UNAM.

Se presenta el caso de VOG, un niño de 5 años con Síndrome de Asperger. El trabajo central que se llevó a cabo con él estuvo enmarcado en la teoría vigotskyana del desarrollo mental y en la neurobiología del desarrollo. El análisis no se centró exclusivamente en el aspecto neurológico del síndrome, ya que se abordaron los aspectos implicados en la sintomatología autista, su regulación y orientación. Se hizo una descripción del Modelo de Análisis de la Actividad de Juego, en donde resalta el hecho de que se exploraron y analizaron aspectos afectivo-emotivos conjuntamente con factores neurocognitivos. El estudio de la actividad de juego no se limitó sólo al trabajo psicoterapéutico tradicional ya que al tiempo que se trabajó con los aspectos dinámicos de la personalidad, también se realizó un estudio de los indicadores del desarrollo. Lo anterior permite evaluar y valorar la condición de desarrollo de los pacientes y, al mismo tiempo, tener directrices para ir diseñando tareas de valoración e intervención; por lo que el carácter de este tipo de trabajo es clínico-experimental.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

VOG
Edad de inicio: 5 años, Edad actual: 7 años
Lateralidad: predominancia derecha
Escolaridad: Inicio: tercero de preescolar, Actual: segundo grado de primaria
Escuela: ambas bilingües
Madre
Edad: 44 años
Ocupación: ama de casa
Estudios realizados: licenciatura en Economía
Padre
Edad: 47 años
Ocupación: Gerente administrativo
Estudios realizados: licenciatura en Economía
DX actual: Trastorno Generalizado del Desarrollo- Síndrome de Asperger

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

MOTIVO DE CONSULTA

La maestra de preescolar solicitó evaluación psicológica ya que el niño presentaba problemas importantes para relacionarse con sus compañeros debido a que se ponía nervioso cuando se le acercaban, no seguía instrucciones, era muy inquieto y berrinchudo, presentaba comportamientos circulares, se aislaba y su lenguaje era repetitivo. Esto dificultaba el manejo educativo del menor, ya que no soportaba estar sentado con otros niños, aventaba el material y gritaba mucho. Se salía del salón de clases e iba a balancearse a las ramas de los arboles del patio. Cuando permanecía en el salón, se escondía bajo la mesa de trabajo o el escritorio de la maestra, se encerraba en el armario, no miraba a la cara y parecía no escuchar.

La madre refirió problemas para su manejo y estar consciente de los problemas del niño para relacionarse; además ella se angustia y comenta que el niño: "...no me hace caso, ni a mí ni a su papá. Siempre pasa de frente como si no existiera y tengo miedo de que no me quiera..." "Le hago cosquillas y no se ríe, lo abrazo y lo beso y me rechaza..."

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Antecedentes prenatales

En línea materna: epilepsia por parte de una tía abuela. Primos con déficit de atención y crisis de ansiedad. Abuela con problemas de depresión y brote esquizoide. En línea paterna no se reportan antecedentes.

Embarazo

La madre se embarazó a los 37 años de edad. Durante este periodo estuvo muy tensa y con temor de que tuviera algún tipo de problema en su embarazo.

A los 4 meses tuvo amenaza de aborto con sangrado leve por lo que se le recomendó reposo absoluto. A los 5 meses se le realizó un cariotipo. A los 8 meses tuvo dolores en la vesícula, por lo que fue hospitalizada. Debido a que presentaba constipación estuvo en tratamiento.

Antecedentes perinatales

Parto normal y rápido. La madre refiere que el bebé lloró y que estaba un poco morado al momento de nacer.

Antecedentes posnatales

Desarrollo motor

El desarrollo se dio de la siguiente manera: el control cefálico lo logró a los 3 meses, a los 6 meses la sedestación, a los 11 meses gateó y caminó al año dos meses.

Desarrollo del lenguaje

La primera palabra la emitió a los 11 meses; la primera frase, al año y medio, aunque la madre recuerda que no hablaba mucho ya que tuvo un periodo silente entre los 2 y 3 años de edad. Actualmente puede comunicar sus necesidades verbalmente, aunque de un modo muy bizarro.

Sueño

Aparentemente cuando VOG era bebé dormía bien y despertaba cada 3 horas para ser alimentado. Actualmente se levanta en la madrugada, presenta enuresis y encopresis, además de presentar ritmos de sueño de 3 a 4 horas diarias.

Comportamiento

Después del nacimiento. La madre recuerda que desde los primeros meses era muy irritable, lloraba por todo y que ella no sabía cómo ayudarlo. Desde los 4 meses hacía berrinches y se ponía rojo. Le molestaba el ruido de la regadera.

Al año 9 meses fue hospitalizado por presentar asma bronquial y tuvieron que administrarle oxígeno.

Desde los dos años comenzó a mostrar rasgos de hiperactividad, acompañados de la realización de actividades peligrosas sin medir riesgos.

A partir de los tres años su comportamiento se manifestó de un modo más pronunciado y caótico, con falta de responsividad social, acompañada de alteraciones en la comprensión y producción del lenguaje.

A finales del cuarto año, después de una serie de situaciones accidentadas en donde se presentaron golpes en la cabeza, conductas autolesivas, falta de juego simbólico, literalidad y ausencia de conductas de defensa, se le realizó una evaluación neurológica y psiquiátrica en la que se concluyó con un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo: Síndrome de Asperger. **(TGD: SA)**

Desde entonces el manejo psicofarmacológico es el siguiente: Metilfenidato de liberación controlada de 18mg/día combinado con Risperidona.

Análisis y descripción del comportamiento

Desde muy pequeño, VOG presentaba conducta obsesiva y repetitiva: acomodaba los objetos por el color, al caminar por la calle y su casa no pisaba la línea y le pedía a su mamá que se detuviera en el descanso de la escalera. Jugaba con un mismo tipo de juguetes, carros, pelotas. Actualmente, sus objetos de apoyo y referencia son animales de la selva.

En el primer año del jardín de niños le reportaron a la madre que el niño jugaba solo, era muy irritable y tenía dificultades para poner atención y permanecer sentado. Evadía todo tipo de relación de contacto, realizaba actividades circulares, se frotaba permanentemente las manos y los únicos intentos comunicativos eran a partir de protoimperativos.

Al inicio del segundo grado de preescolar, no entraba a su salón de clases, ni obedecía las indicaciones de la maestra, solamente se balanceaba en su asiento o buscaba estar en el columpio. Su adaptación al grupo fue muy lenta. La maestra reportaba avances en el trabajo de estimulación sensorial y control motor, en situaciones en que las actividades eran uno a uno.

En el tercer grado del jardín de niños la maestra reportaba que el niño jugaba solo, no se relacionaba con sus compañeros, no seguía instrucciones y presentaba problemas importantes de conducta manifestándose sobre todo en berrinches cuando había cambio de actividad. Hablaba solo y repetía todo el tiempo las frases "el león y la jirafa" ... "...tú no has visto nada..."

Observaciones en su escuela

Como parte de la estructura de evaluación y valoración del desarrollo se realizaron algunas visitas al salón de clases de VOG para hacer observaciones sobre su comportamiento, encontrándose lo siguiente:

La rutina cotidiana era separarse del grupo y ponerse en un rincón, autoestimularse chupándose el dedo y jugar con su saliva. Se acostaba en el salón y recorría visualmente todos los objetos del entorno, identificando de modo eficiente las variaciones de orden y concordancia, los cambios de lugar de los

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

objetos. La ausencia de cualquier objeto lo alteraba al grado del berrinche y el pataleo. Para la maestra era muy difícil cualquier modificación en la estructura, ya que no admitía ningún cambio en la rutina. Por ejemplo, a la hora de la entrada él tenía que pasar al último cuando los demás niños ya estuvieran ocupando, cada uno, el lugar que les correspondía. A la hora de la salida él era el último en irse, después de hacer rituales de trayectoria y ver todo el material en el lugar donde tenía que estar (sillas, mesas, lápices, juegos, etc.). Cuando deliberadamente o de modo casual se rompía la estructura y el orden canónico, de inmediato él reordenaba todo de memoria, sin importar que los detalles fueran gruesos o finos.

El contacto ocular era mínimo y por muy poco tiempo. No respondía cuando se dirigían a él en segunda persona (tú), no seguía instrucciones ni imitaba de modo inmediato. Sin embargo, sí lo hacía de modo diferido y, aparentemente, indirecto. Esta situación de diferimiento hacia aparecer su comportamiento como descontextualizado, aunque realmente la realización de acciones y actividades, a pesar de ser pospuestas, no se caracterizaban por pérdida de relaciones causales o de referentes de la acción.

Un ejemplo de lo anterior consiste en que después de unos minutos que la maestra le había indicado que llevara su silla a la mesa de trabajo y él contestara **no**, cargó la silla, la acercó a la mesa que se le había indicado, se sentó y realizó la actividad que el grupo había realizado en dos tiempos previos. Al terminar volvió a los comportamientos circulares y estereotipados.

En el terreno de los trastornos generalizados del desarrollo es un lugar común la dificultad para la evaluación del desarrollo de funciones (Martos, 2006). Tomando en consideración que todo tipo de intervención debe partir de datos cuantitativos y cualitativos muy sólidos, con base en los datos de las observaciones anteriores se diseñó un esquema de evaluación clínico-experimental que consistió en tres ejes:

1. **Evaluación psicométrica del desarrollo**, con la finalidad de conocer los dominios y habilidades cognitivas. Los planos de exploración fueron referidos al análisis de la orientación, la atención, la memoria, los aspectos neuromotores del movimiento, la integración multimodal y la facilitación del comportamiento.

   El esquema de evaluación fue integrado por las siguientes pruebas:
   - Escala de Inteligencia Wechsler WPPSI
   - Evaluación de la percepción visual de Frostig DTVP-2
   - Prueba de Aptitudes Psicolingüísticas ITPA
   - Valoración pedagógica a nivel preescolar
2. **Valoración por tareas orientadas neuropsicológicamente,** para visualizar indicadores de desarrollo a partir de un esquema de análisis de actividad orientada y producción. La finalidad de este tipo de estudios es establecer los planos de relación causal que pudiera haber entre los antecedentes de maduración neurológica y las condiciones funcionales de inicio que se requieren para implementar un trabajo coordinado de intervención estructurada y formal. La valoración que se practicó fue secuenciada con criterios de progresión y complejidad creciente, que fueron desde tareas de acceso funcional y control sensorial hasta tareas complejas; las cuales permiten evidenciar los grados de **dominio, habilidad y pericia** que se han alcanzado en la secuencia natural de desarrollo.
3. Posteriormente se procedió a elaborar **tareas exprofeso a partir de criterios neuro-cognitivos** de desarrollo de funciones y maduración neurológica, así como de dominios psicopedagógicos.
4. Otro principio que se manejó fue el **rendimiento esperado teniendo en cuenta el antecedente de trabajo** del niño en el contexto escolar y las distintas actividades que realiza. Lo anterior como un modo de analizar el efecto, viabilidad y pertinencia para el trabajo psicopedagógico posterior, debido a que si este último no posee un eje de articulación complementaria e hipótesis definidas puede actuar más como obstáculo que como facilitador del desarrollo.

Los resultados obtenidos en cuanto a los aspectos psicométricos del paciente, fueron los siguientes:

En relación al CI se puede decir que el nivel intelectual de VOG correspondía al limítrofe.

Las diferencias entre el CI verbal y el de ejecución no fueron significativas, por lo que no existía un factor predominante en su funcionamiento intelectual; su rendimiento fue similar en tareas de comprensión y manejo de lenguaje, así como en las actividades que requerían de la percepción y manipulación de los objetos.

VOG presentaba dificultades para organizar el conocimiento, su vocabulario no era muy abundante y no lograba expresar sus ideas en forma adecuada, mostraba escasa capacidad para socializar, era ansioso e impulsivo con severas dificultades en la coordinación visomotora, presentaba falta de atención y lentitud para hacer asociaciones.

Su cociente de percepción visual general estaba un rango menor al normal.

Las áreas en las que se encontraba bajo mostraban problemas en la capacidad de coordinar la visión con los movimientos del cuerpo o sus partes. Presentaba poca eficiencia en las habilidades de juego físico, conductas adaptativas y actividades escolares en grupo; con un nivel de desarrollo psicolingüístico inferior a su edad cronológica. De acuerdo al análisis de las discrepancias en la funciones psicolingüísticas se pudo observar mayor dificultad en la habilidad para realizar tareas automáticas que implicaban hábitos integrados, memoria de largo plazo, seriación y secuenciación de respuestas; así como dificultades en la integración gramatical, visual y auditiva.

En el proceso receptivo presentaba problemas para derivar significados a partir del material presentado oralmente, lo que denotaba fallas en la comprensión auditiva. Los límites de tiempo para la realización de las pruebas fueron determinantes y críticos.

Valoración pedagógica a nivel preescolar

VOG no había integrado eficientemente su esquema e imagen corporal, confundía la determinación de la noción derecha-izquierda, su preferencia lateral en pie y mano era diestra, con predominio visual izquierdo.

En la exploración física se observó que los reflejos tónico asimétricos de cuello estaban integrados; aunque no era el caso en las reacciones laberínticas de defensa, lo que afectaba su equilibrio y presentaba hipertonía.

Reconocía estímulos sensoriales, visuales, auditivos y táctiles; pero sus respuestas eran demoradas. Aparentemente no buscaba estrategias para resolver situaciones, sin embargo evocaba conocimientos previos y los aplicaba a nuevos contenidos, su nivel de atención era corto y sus respuestas lentas.

Lectoescritura

VOG identificaba la forma y sonido de las letras, de manera pragmática no diferenciaba mayúsculas de minúsculas; podía leer silabeando, en forma lenta, palabras de tres sílabas.

Escribía mezclando letra **palmer** y **script**, su trazo era hipotónico, grande e irregular; presentaba gran dificultad para ejecutar el trazo de líneas rectas breves, pero su rendimiento mejoraba cuando eran más largas o cuando se le pedía que dibujara curvas. En el momento en que comenzó su evaluación, VOG ya escribía letras, leía frases y oraciones simples si éstas eran referidas a nociones cotidianas y comunes. Cuando él detectaba una palabra que no fuera de uso regular en sus contextos de significancia, inmediatamente detenía la lectura; aunque la oración fuera simple.

Por ejemplo, podía leer oraciones como: **el niño va con su mamá a ver al león**, pero no reproducía verbalmente oraciones con componentes metafóricos como: **el viento sopla fuerte.**

Podía establecer la correspondencia fonémico-gráfica, presentaba rotaciones, omisiones, ausencia de separación al escribir palabras, trazaba los círculos de arriba hacia la izquierda y las líneas de arriba hacia abajo; escribía mezclando mayúsculas y minúsculas, no respetaba el cuadro ni el renglón al escribir letras y números, su postura era inadecuada. Se recostaba al escribir sobre la hoja y no utilizaba la mano izquierda para sostener la hoja ni lograba el manejo de patrones cruzados.

En cuanto a las variaciones mediadas y diferidas de comprensión y producción de lenguaje y de referentes de cálculo se detectó lo siguiente:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En tareas de recuperación espontánea VOG lograba una aceptable comprensión del lenguaje, seguía instrucciones de hasta cinco tiempos y, aunque su vocabulario era muy limitado a contenidos específicos, lograba comunicar sus ideas, recordaba detalles y secuencias. Escuchaba una lectura pero fallaba en el nivel de atención y, lo más importante, no distinguía la realidad de la fantasía. Los componentes atributivos estaban aparentemente ausentes o eran desplazados por un alto nivel de literalidad.

Su lenguaje expresivo se caracterizaba por la realización de estrategias de punto y modo de articulación, en las que el fonema **R** en posición media y final era alveolar, vibrante simple y era sustituido por fonemas como **d** y **l,** por ejemplo: cruz /cuds/ cuadro /cualo/.

Habilidades lógico matemáticas

VOG lograba contar y leer hasta el número 20, pero no comprendía el orden antecesor y sucesor en una numeración; sin embargo, sabía hacer colecciones de diez. Su conteo era mecánico y reconocía la noción mayor que y menor que. Al escribir números rotaba el 2, 5, 4. Podía clasificar por forma, color y tamaño; reconocía figuras geométricas básicas (círculo, cuadrado, triángulo), los colores primarios, pero no los secundarios.

Valoración por tareas orientadas neuropsicológicamente

Los resultados de esta evaluación se obtuvieron con el trabajo en el consultorio y en la escuela; para lo cual se hicieron diseños situados de tareas *ad hoc,* los que se contextualizaron fundamentalmente en la actividad recreativa y exploratoria; encontrándose lo siguiente:

VOG podía seleccionar un juego, pero no era capaz de organizarlo; sólo se dedicaba a manipular los juguetes en forma estereotipada y repetitiva. No era posible ubicar completamente la intencionalidad del uso **mediacional** e instrumental de los objetos para construir o seguir un juego con sus reglas, por muy simples que éstas fueran. Se distraía y manipulaba las cosas sin darles la funcionalidad requerida. No se concentraba en el juego o, si lograba hacerlo, había oscilaciones en éste, distrayéndose con los estímulos del salón. El lenguaje de los adultos no lograba regular su conducta de modo eficiente, cuestión que dificultaba la construcción de hipótesis de eficiencia atributiva, **agentivizante** e incluso, en un principio, las de zona de desarrollo próximo (ZDP), por parte de los profesores.

Presentaba problemas en su lenguaje expresivo, sobre todo en la conformación de frases (aspecto sintáctico). En la interacción, su lenguaje espontáneo parecía incoherente y no lograba integrar su producción verbal en un tema concreto, lógico y secuencial, menos aún sostener una conversación. En cuadros temáticos podía decir lo que indicaba un dibujo, pero no con una estructuración del lenguaje adecuada.

Por ejemplo, la oración el perro muerde al niño, era sustituida por un niño VOG se lo comió un perro sus dientes.

En el lenguaje repetitivo confundía los sonidos **l** por **u**; **n** por **b**; **d** por **b**.

En la producción de palabras y oraciones presentaba dificultades para la pronunciación del fonema **r** al inicio y antes de consonantes; así como sustituciones, omisiones, producción lingüística perseverante y parafasias semánticas y literales.

En el lenguaje denominativo, nombraba objetos reales y dibujos. En la denominación de las partes del cuerpo no reconocía las cejas, pestañas, cuello, codos ni tobillos.

Utilizaba un lenguaje espontáneo para obtener satisfactores, como por ejemplo: dame eso, mira, me lo voy a llevar, no quiero, no sé, etc. Además, repetía en forma constante, a lo largo del día y en cualquier situación, episodios completos de películas o programas que había visto.

Podía seguir órdenes, pero en ocasiones se le tenía que hacer el señalamiento o repetir la instrucción para que la realizara adecuadamente. Sólo era capaz de seguir indicaciones largas y complejas si éstas

tenían relación con temáticas de su interés (en especial los animales de la selva). Lo que confirmaba el dato de la evaluación sobre la literalidad y perseverancia.

En la comprensión de palabras manifestaba parafasias semánticas y literales, por ejemplo, cambiar taza por café, plancha por lancha, pluma por lápiz y ambulancia por destapador.

Cometía errores en oraciones complejas y largas que requerían el uso de los aspectos lógico-gramaticales (cuasi-espaciales).

En el dibujo espontáneo, VOG dibujaba únicamente un león. Tanto en esta actividad como en el dibujo por consigna se observaba una pobre conformación de las imágenes internas tanto en calidad como en cantidad y no había correspondencia entre dibujo y concepto.

Otro factor que se dificultaba fue la atención voluntaria, la regulación y la orientación a las tareas, siendo difícil para el niño mantenerse concentrado en una actividad; además se presentaba hiperactividad, teniendo dificultades para mantenerse en su asiento. Comprendía la noción grande-chico, clasificaba de acuerdo a características de forma y color, establecía la correspondencia recíproca. No podía realizar la comparación de: mucho-poco-igual. Asimismo no se habían consolidado algunos conceptos y nociones básicas como: cantidad, conteo, clasificaciones y seriaciones.

En el área perceptual-visual su rendimiento fue bajo en relación con su edad cronológica en las siguientes áreas: coordinación motora de los ojos, discernimiento de las figuras, constancia de forma, posición en el espacio y relaciones espaciales.

Si bien podía recortar con las tijeras, presentaba gran dificultad para realizar movimientos digitales y falta de coordinación fina para la realización de iluminado, ensartado, manejo de materiales pequeños y uso de pinza.

Sintomatología en el comportamiento

Los datos de la evaluación y las valoraciones confirmaban el diagnóstico de Síndrome de Asperger, en sus aspectos cognitivos, dinámicos y mentales.

Selección del tratamiento más adecuado

A partir de la estructura de evaluación psicométrica y de la valoración de tareas orientadas neuropsicológicamente que se realizaron con VOG, se presentaron dos tareas fundamentales:

1. Desarrollar un trabajo de adecuación, normalización y regularización curricular.
2. Diseñar una estrategia de regulación y orientación de la actividad que permitiera trabajar el desarrollo de prerrequisitos de cálculo y control de las acciones, así como las dificultades en la organización viso espacial.

El acceso a los componentes lógico gramaticales y la falta de regulación y control relacionados con la sintomatología autista, fueron dos aspectos fundamentales que se tenían que trabajar en paralelo.

El primer aspecto, referido al diseño de las adecuaciones curriculares de los programas de primer grado, se realizó en colaboración con la escuela y no se comentará en este reporte.

Para abordar el trabajo correspondiente al segundo aspecto se decidió trabajar desde una perspectiva vigotskyana con un modelo de Análisis de la Actividad de Juego (Cruz, 1998; 2007), que ha sido desarrollado en el Laboratorio de Cognición y Desarrollo de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Este modelo ha permitido hacer una aproximación a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) (DSM IV-TR, 2000) cuando las dificultades del control en el comportamiento "no permiten en un primer momento, el centramiento de los pacientes con autismo en las tareas que exigen niveles eficientes de organización y control cognitivo" (Cruz & Aoki, 2009).

El Análisis de la Actividad de Juego se basa en que uno de los aspectos más complejos en el ámbito de trabajo de los trastornos del neurodesarrollo es el que se refiere al modo en que se obtienen

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

los datos procesuales que permiten acercarse a las problemáticas específicas y derivar programas de intervención adecuados para los casos particulares que se abordan (Martos, 2006).

Desde la perspectiva neurocognitiva el terapeuta se encuentra con la situación de que los parámetros y los indicadores de desarrollo que necesita identificar no se obtienen a través del uso de instrumentos normativos. Es más, en la medida en que aborda los trastornos del desarrollo en edades más tempranas se enfrenta al problema de que el único referente que tiene para el análisis de los aspectos funcionales del niño es su propia actividad tal y como se manifiesta en su cotidianidad.

Desde una perspectiva neuropsicológica sistémica lo que se busca es analizar las interacciones entre las funciones psicológicas y la actividad evidente del niño. Es obvio que ésta última puede analizarse a partir de condiciones estructuradas y contextualizadas de modo sistemático, pero se corre el riesgo de que aquello que se analiza no necesariamente sea el ejercicio regular de habilidades y dominios tal y como el niño los opera en condiciones regulares (Aoki, 2006).

Ante esta situación la otra alternativa que se tiene es analizar la actividad del niño desde los referentes lúdicos, exploratorios y del juego mismo. Si bien el juego por sí mismo brinda una riqueza de datos acerca de la actividad del niño, también es importante no desligar la actividad de juego de la lúdica (sin aparente finalidad) y de la exploratoria (Bodrova & Leong, 1996).

Desde la perspectiva de este trabajo, el juego por y en sí mismo, no es suficiente para analizar la actividad psicológica del niño. Es importante tener un conocimiento del desarrollo en sus aspectos neurobiológicos, socioculturales y simbólicos.

Debe recordarse que, desde una perspectiva sistémica, la actividad tiene una naturaleza objetal. A partir del objeto y su instrumentalización se subordina la actividad del niño y con base en la construcción de su imagen mental es que se da la recreación del objeto en la actividad del niño, cuestión que dará paso a lo que genéricamente se le ha llamado la actividad de juego. En el juego el niño recrea y transforma el entorno y sus objetos, en el juego el niño está en condición de ejercer sus facultades mentales para crear mundos ficticios y posibles (Riviére, 1994, 2001).

Y esta capacidad sólo estará limitada por:

- Los niveles de maduración y desarrollo alcanzados en su estado funcional, ligados a la idea vygotskiana de nivel actual de crecimiento y maduración del sistema nervioso
- Los modos de acceso a la información desarrollados a través de la acción educativa (niveles funcionales, habilidades concretadas y dominios consolidados - ZDP)
- La eficiencia en el uso de sus recursos instrumentales, que se contextualiza en la noción de estructura y la organización sistémica del ámbito de trabajo
- Las limitantes específicas, producto del compromiso neurológico que acompañan la presencia algún trastorno, que se hacen evidentes en la facilitación de los procesos de generalización funcional e instrumental que apoyan la actividad de autorregulación (Cruz, 1998; Vigotsky en Riviére, 1994).

En el juego se hace evidente el modo y la eficiencia de la internalización de los aspectos socioculturales externos que enriquecen los esquemas mentales del niño, debido a que al internalizarse se transforman, se generalizan y se abrevian. Logrando con esto impactar la construcción de esquemas mentales satisfaciendo necesidades, creando motivos, orientando la actividad objetal, reproduciéndola ante nuevas relaciones y en relación con otros objetos y con el objeto mismo.

Más allá de la acción evidente, observable y cuantificable (si se requiere), la actividad de juego permite al terapeuta comenzar a ubicar sus indicadores del desarrollo primarios: imitación, mediación, suspensión semiótica, por mencionar algunos. Asimismo posibilita identificar los estilos de orientación de las acciones y las metas, para poder acercarse al análisis de la intencionalidad, las operaciones y las condiciones. Aspectos fundamentales en la consolidación de la funcionalidad instrumental y procesual.

En la medida en que desde una noción neuropsicológica se avance en el estudio de la actividad de juego será posible acercarse a la posibilidad de afianzar al desarrollo como el baremo de valoración que

permita analizar no sólo las interacciones funcionales, sino también replantear las díadas: normalidad-anormalidad; patología-nopatología; funcionalidad-disfuncionalidad. Esto en un contexto de interacción dinámica en donde la integración de las funciones emotivo-afectivas, cognitivas y volitivas se analizan diacrónica y sincrónicamente (Luria, 1962).

El análisis de la actividad de juego desde esta perspectiva posibilita no solamente interpretar el juego en y por sí mismo, sino también permite ampliar el espectro interpretativo; derivando hipótesis clínicas a partir del análisis de factores cognitivos y de la identificación de los indicadores de desarrollo, aspectos que difícilmente pueden explorarse en los trastornos del desarrollo en fases tempranas con esquemas de prueba. Esto último ha dado origen a las propuestas de valoración por tareas, en donde la actividad de juego no sólo es objeto de análisis, sino también contexto de actividad.

En el estudio del desarrollo, desde una perspectiva clínica-experimental, juego y funcionalidad se compaginan desde el momento en que todo dato que aportan es información sensible y susceptible de ser interpretada, cotejada, confirmada y aplicada como hipótesis pertinente.

El ámbito de construcción de la hipótesis clínica no se ve constreñido única y exclusivamente a la psicodinámica o a la topografía conductual; por el contrario el tipo de hipótesis que se construye toma en cuenta las interacciones de los esquemas dinámicos de la personalidad con el factor cognitivo en el contexto sociocultural en donde se ubique el individuo.

La noción psicoterapéutica no se limita ni se reduce a la acción de juego desligada de los aspectos neurobiológicos y cognitivos, sino que más bien se apoya en ellos para hacerse más eficiente.

Desde esta perspectiva la noción misma de psicoterapia de juego se transforma de modo más propositivo, ya no tiene que verse como un fin en sí mismo, tal como hasta ahora se sigue viendo en algunos contextos (Landreth, 2002).

El juego se transforma en un medio de facilitación del conocimiento de los aspectos de la dinámica de la personalidad y de los aspectos indicativos del desarrollo neurobiológico y cognitivo (Strickland, 2000).

Deja de ser adjetivo complementario de la noción psicoterapéutica y se enuncia como un elemento sustantivo de agilización de ese proceso psicoterapéutico. Además permite salir del problema de los usos excluyentes que se hicieron durante mucho tiempo en la clínica psicológica de la noción de juego, en donde se asumía a éste como un pretendido estilo de trabajo y no como un medio poderoso de complementación del trabajo clínico, no sólo psicoterapéutico (Munns, 2000; Oaklander, 1988; O´Connor & Schaefer, 1994; O´Connor, 2000).

En la actualidad hablar de juego y psicoterapia no necesariamente implica hacer referencia a una técnica que los funde en una sola cosa. El juego es un auxiliar muy poderoso del quehacer clínico más amplio, que incluye a la psicoterapia como un aspecto muy importante, pero que no se reduce a ella. La noción misma de psicoterapia de juego ha ido transformándose (Gil, 1991; Ginott en Schaefer & Kaduson, 1994).

Lo que comenzó enunciándose como técnica psicoterapéutica específica, devino en el reconocimiento de que toda intervención clínica puede auxiliarse del análisis de la actividad de juego, pero sin necesariamente reducirse a psicoterapia de juego (Erikson, 1979; Phillips, 1985).

El papel del juego en los ámbitos clínicos se ha extendido sobre manera, ya no sólo es el referente de una técnica psicoterapéutica específica, ahora también se utiliza como contexto de actividad del cual es factible derivar indicadores de desarrollo, estilos de interacción e interactividad, modelos de atribución y de acceso representacional (Cruz, 1998).

En el terreno de los trastornos del neurodesarrollo el terapeuta puede apoyarse en él para explorar factores neuropsicológicos fundamentales como:

regulación y control; análisis y síntesis visoespacial; análisis y síntesis audio verbal; análisis cutáneo-cinestésico y cinético-secuencial; sin dejar de lado aspectos como la memoria, el pensamiento, el lenguaje y el estar alerta (Luria, 1962, 1984; Marcos, 1994; Martos, 2006).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

A lo anterior hay que agregar la tendencia de desarrollo disciplinar en la que va siendo cada vez menos viable que el psicólogo clínico se dedique única y exclusivamente a la psicoterapia. Las tendencias y las modas con frecuencia requieren de un psicólogo que busque solución o respuesta a problemáticas complejas, como es el caso de los trastornos del desarrollo (Síndromes degenerativos, TDAH, TGD, etc.).

OBJETIVOS Y METAS

Los objetivos planteados fueron categorizados del siguiente modo:

1. Consolidar estrategias cognitivas y de manejo conductual que dieran respuesta a la falta de regulación y control relacionados con la sintomatología autista.
2. Implementar y desarrollar estrategias de regulación, focalización y orientación de la atención.
3. Diseño y realización de tareas de incremento y complejidad creciente, para:
   a) Enriquecer y consolidar de prerrequisitos para el cálculo
   b) Abordar las dificultades en la organización visoespacial
   c) Acceder de modo eficiente a los componentes lógico gramaticales.

Las metas planteadas tenían que ver con la posibilidad de que los resultados del trabajo con VOG en el consultorio fueran generalizados a la escuela, la casa y los entornos inmediatos de socialización, proporcionando a los familiares y profesores técnicas y estrategias de manejo del comportamiento y enseñanza que ejercieran control sobre las disrupciones, la falta de atención y, en general, sobre la sintomatología autista.

Al mismo tiempo otra meta era que los logros de la escuela y la casa correspondientemente pudieran tener continuidad y apoyo en el consultorio, debido a que en la intervención en TGD es muy común que el trabajo y el rendimiento de los pacientes en distintos escenarios no necesariamente sea concordante; porque los rendimientos contextuales son específicos y la mayoría de las veces están influenciados por:

1. Los estilos distintos de trabajo de terapeutas, profesores y familiares. Provocada por la falta de acuerdo, de comunicación o de disposición de condiciones.
2. La aparente rigidez del paciente con TGD, producto de la literalidad y la invarianza en la lectura de las estructuras de trabajo.
3. Por último, para los terapeutas de VOG era importante ir más allá de las frías técnicas de control conductual, las cuales buscan el desarrollo de estrategias que permitan establecer conductas en el ambiente natural (Goldstein & Wickstrom, 1986; Mac Duff *et al*., 1993; McEvoy, *et al.,* 1988; McGee,1992) o que se asemejen al medio natural del paciente (Shafer, 1984), la instrucción inmersa en un contexto normal e integral para el paciente que permita el aprovechamiento de las oportunidades de enseñanza incidental (Goldstein, *et al*., 1992; Kamps, *et al.,* 1992; Sainato, 1992; Schepis, 1998) y fomentar la independencia del paciente hacia el terapeuta (Mac Duff, *et al.,* 1993; Stahmer & Schreibman, 1992); sin embargo, no consideran aspectos de la dinámica misma del neurodesarrollo que a partir de procesos de compensación, de plasticidad cerebral y del desarrollo de funciones ejecutivas (Etchepareborda, 2005), permiten comprender la consolidación de distintas modalidades cognitivas que facilitan el aprendizaje y demuestran que el desarrollo psicológico de las personas con TGD no se interrumpe, sino que simplemente se modifica en sus dinamismos, en una lógica peculiar **de otro modo, por otra vía, con otros medios**, retomando a L. Vigotsky (Cruz,1998).

La estructura de análisis de la actividad de juego, se organizó a partir del segmento de actividad del esquema de análisis por tareas (ver cuadro C2-1). Dicha estructura de análisis fue aplicada en cada situación de juego.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Sesión 1

Tomando en cuenta que la temática recurrente en VOG eran los animales de la selva (objetos ancla) el trabajo se inició con un juego de selección de objetos relevantes, en el que se le presentaban figuras y dibujos de diferentes formas y tamaños, pertenecientes a diferentes campos semánticos. VOG debía agruparlos por tamaño, clase tipo, color, textura y hábitat. Al tiempo que se desarrollaba el juego se le hacían preguntas que no necesariamente contestaba verbalmente. Lo hacía con movimientos de cabeza, señalando (*pointing)*. Independientemente de que mostrara reticencia o intentos de abandonar la tarea, se implementó una rutina de control y acotamiento, por medio de la cual no le era permitido dejar la tarea inconclusa.

Al principio hubo grandes dificultades porque el paciente gritaba, lloraba, golpeaba (su madre interrumpió tres veces para ver qué sucedía); hubo un momento en el que el niño gritaba y lloraba aunque continuaba desarrollando el juego e incluso pedía el material para seguir con las fases posteriores. Si bien poco a poco se fue controlando, al final de la sesión terminó llorando, aunque acabó todas las actividades del juego.

La tarea permitió confirmar la preferencia reiterada por los objetos ancla, además de que permitió analizar los siguientes aspectos: intención comunicativa, ritmo y concordancia de las acciones en el orden del tiempo y regulación del comportamiento (tolerancia a la frustración, atenuamiento de conductas estereotipadas; orientación, focalización, división y regulación de la atención (con y sin interferencia); uso de apoyos (objetos, contacto visual, posturales) y estrategias mediacionales (declarativos, imperativos). Como resultado de la confirmación de la hipótesis de relevancia planteada por el analista, se acordó con VOG que vería la película **Madagascar** e iba a tratar de platicar algunas partes en la siguiente sesión.

Sesión 2

La tarea no fue fácil, las dificultades en la producción del lenguaje se hicieron evidentes, fue imposible que VOG narrara partes de la película. Todo el intento lo redujo a la repetición estereotipada de su

Cuadro C2-1. Estructura de análisis de la actividad de juego

Estructura de inicio	Actividades	Indicadores de proceso	Indicadores de pertinencia
Juego	• Referidas al proceso	• Emotivo • Afectivo • Volitivo • Movimiento • Acceso R representacional • Motivacional	Edad Nivel de desarrollo
	• Referidas a la función	• Lenguaje • Memoria • Atención • Pensamiento	Habilidades y dominios

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

frase común: "el león y la jirafa" y "tú no has visto nada..." Paradójicamente esta conducta permitió confirmar una duda que se tenía desde la fase de evaluación. La frase la había aprendido de un pasaje de Madagascar, en donde los pingüinos se intentan escapar del zoológico. Ante el análisis estructural del discurso de VOG fue posible confirmar que el "tú no has visto nada..." no necesariamente se utilizaba como advertencia; en diversas ocasiones él le daba un uso connotativo o dennotativo distinto en función de las intenciones comunicativas por agenciar (enojo, aburrimiento, euforia, respuesta, proposición, etc.).

En esta sesión se retomó el tema de Madagascar, pero ahora fue a través de solicitarle que ordenara **secuencias progresiva** (nivel 1) de escenas fotográficas de la película que se habían impreso a color. Los niveles fueron establecidos a partir de un criterio de incremento y complejidad de valoración por tareas orientadas neuropsicológicamente (ver cuadro C2-2).

La dificultad inicial para interpretar la instrucción ocupó casi un tercio del tiempo de la sesión, sin embargo cuando VOG comprendió el sentido y el carácter de la regla pudo organizar secuencias de incremento de 2 a 7 cuadros. La tarea inmediata que se propuso fue armar las secuencias y presentárselas a tiempo que escuchaba el extracto correspondiente al diálogo original de la película, en cortes de 10, 15, 25, 35, 45 y 65 segundos (**secuencias ordenadas-diálogos correspondientes**) (nivel 2).

Con excepción del ensayo de los 15 segundos, en los restantes el paciente mostró una eficiencia sobresaliente en lo referente a su focalización atencional. Sin embargo hubo fracaso en el intento de hacer que él solo armara las secuencias con más de cinco cuadros en concordancia con los diálogos que se le presentaban. Lo significativo fue que pudo establecer el orden secuencial con 6 de 7 cuadros en el diálogo de los 65 segundos. Las hipótesis de sostenimiento y relevancia planteadas por el psicólogo clínico, se comenzaron a confirmar.

En la medida en que se mantenía a VOG en la estructura de relevancia, él no solamente era capaz de regular su atención y orientarla, sino que también disminuía la emisión de conductas estereotipadas, había menos intentos de pararse y deambular. Sorprendentemente las interferencias intencionales que se hacían para obstaculizarle el término de la tarea comenzaron a fracasar. El interés que mostraba el niño se acrecentó a grado tal que ante los intentos por quitarle el material o cambiárselo de lugar, éste mostró conductas de defensa eficientes y manifestaba actitudes de desafío ante los fallidos intentos del terapeuta por distraerlo. Se le pidió a la madre que en los días subsecuentes, le permitiera ver la película cuando él quisiera; asumiendo que alterar la regla tarea-premio, valía la pena en el afán de comenzar a probar hipótesis cognitivas más complejas.

Sesión 3

En esta ocasión, en cuanto VOG llegó de inmediato sacó a su madre del consultorio y se sentó observándose las manos, pero ya sin balancearse. Se comenzó la sesión recuperando las tareas de **secuencias ordenadas-diálogos correspondientes** (nivel 2), sin previa instrucción o ensayo. Se

Cuadro C2-2. Tabla de incremento y complejidad de tareas

Niveles de incremento y complejización	Signo	Orden sintético	Referente directo
1	+ ≤	Secuencias progresivas	
2	+ +	Secuencias ordenadas	Diálogos correspondientes
3	+ -	Secuencias ordenadas	Diálogos no correspondientes
4	+ +	Secuencias desordenadas	Diálogos correspondientes

le propuso la primer tarea (4 cuadros-25 segundos); no pudo establecer la serie 1, 2, 3, 4 (cambió el orden de 3 por 4), las series sucesivas las ordenó de modo eficiente, con lo que comprobaba que en esta situación de juego había comprendido la **primera regla**: **la regularidad sólo se confirma por medio de la concordancia**. Quizá esto sea sencillo en su enunciado, pero en el contexto del espectro autista es muy difícil internalizar esta regla cuando el elemento verbal no es el mediador por excelencia.

Una de las hipótesis que se manejó para comprobar niveles de dominio cognitivo, fue que si el paciente era capaz de generalizar una estrategia exitosa iba a introyectar muy bien los esquemas de acción correspondientes y esto, que en la normalidad es deseable, en el terreno de los TGD lleva a un problema: en la medida que al no romper la tendencia de generalización de una estrategia eficiente se corre el riesgo que el paciente consolide una especie de esquemas de solución perseverantes que lo lleven a intentos estereotípicos de solución de tareas. Esto es, una sola estrategia eficiente se aplica a cualquier tipo de problema que se presente, lo anterior provoca circularidades que nunca van a ser eficientes al momento de resolver problemas.

La salida ante este reto aquí se plantea del siguiente modo: hay que hacer al paciente con TGD eficiente en una estrategia de solución y cuando esto se logre hay que saturarlo y echar abajo esa estrategia. Lo importante aquí no es el ejercicio **sádico** de la saturación, sino ver cómo el autista es capaz de construir una nueva estrategia por sí mismo a partir de su fracaso (Cruz, 1998).

Debido a lo anteriormente expuesto la siguiente actividad consistió en presentarle, de modo **secuencias desordenadas y sin diálogos** (nivel 5), una a una todas las secuencias trabajadas. Aquí es importante hacer notar que el orden de incremento de las tareas pasó de un nivel 2 a un nivel 5 de complejidad; esto se hace con regularidad para flexibilizar las estrategias de aproximación a las tareas. Quizá en la lógica de la pedagogía regular no sea lo indicado, pero en el análisis de la actividad de juego esta estrategia es una herramienta adecuada muy potente.

El obstáculo fundamental a superar en esta situación de juego era organizar las secuencias sin las claves verbales, que habían sido el apoyo más eficiente. Establecer un orden sintético (secuencias) sin referente directo (el diálogo), realmente exigía una reorganización por parte de VOG de sus estrategias mediadoras y quizá, un esfuerzo de memoria al que no estaba acostumbrado. Organizar las secuencias de modo lógico también implicaba confrontarse con la interferencia de la atención de los recuerdos perseverantes que tenían que ser inhibidos, para orientar las acciones de modo eficiente. Finalmente VOG pudo ordenar las secuencias hasta las series de 4 elementos.

Las dificultades y el disgusto no fueron menores, ante el rompimiento de estructura VOG comenzó a llorar y en el enojo comenzó a aventar todo el material, las sillas y la mesa. Corrió a encerrarse al baño, donde permaneció unos minutos. Sin mediar instrucción, salió llorando de éste y se le señaló con tono firme y sin palabras que tenía que poner las cosas en su lugar, cosa que comenzó a hacer. Ante la petición de ayuda de parte del terapeuta, éste le daba la espalda, cuestión que provocó que el buscará insistentemente voltearlo y en esa negociación fue que se llegó al siguiente acuerdo nuclear: "si VOG establecía contacto ocular conmigo tendría su ayuda".

Después de algunos ensayos se cambió la condición y se le presentaron **secuencias ordenadas y diálogos no correspondientes** (nivel 3). En este momento del proceso se presentó un fenómeno muy peculiar, resolvió todas las tareas en muy poco tiempo. Realmente la dificultad no radicaba en la realización de la tarea misma, sino en entender el por qué del efecto de la complejidad e incremento de la tarea (pasar del nivel 2 al 5, para volver al 3) estaba llevando a la **segunda regla**: **la coherencia entre el orden sintético y el referente directo no es necesariamente un elemento determinante**. A diferencia de la primera regla el comentario a este problema no se tiene que buscar específicamente en el espectro autista, sino en la neurobiología de la asimetría cerebral.

De nuevo el rompimiento de estructura tuvo sus efectos, después de unos minutos de llanto y enojo VOG mismo buscaba las fotos en la caja y armaba las secuencias concordantes con los diálogos que le presentaba. Esta quizá fue la sesión más larga y más pesada, desde que inició el trabajo con VOG (3 horas 20 minutos).

No hubo tarea y tanto el terapeuta como el paciente terminaron exhaustos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Sesión intermedia

Previo a la cuarta sesión hubo una reunión con los padres de VOG y con dos profesoras de la escuela. La intención fue presentarles fragmentos de los videos de las sesiones en donde se registraban situaciones de crisis, dificultad de las tareas y modos en los que VOG podía reorganizarse ante un trabajo bajo presión. Todo esto con la intención de acordar estrategias de manejo en casa y en la escuela y de ilustrarles el mejor modo de controlar sus disrupciones. Se hicieron comentarios acerca de lo oneroso y quizá inútil que, en algunos casos como el de VOG, resulta querer **extinguir** las estereotipias, con estrategias rígidas y paradójicamente estereotípicas, como resultan ser algunas formas de modificación conductual (Loovas & Smith, 1989).

Asimismo se presentó un reporte de los datos de la evaluación y valoración del desarrollo, que permitieron enunciar recomendaciones de manejo educativo y sugerencias de adecuación curricular y regulación para la interacción con los niños de su salón. En este momento ya se tenía información acerca de los primeros dos objetivos:

1. Consolidar estrategias cognitivas y de manejo conductual que dieran respuesta a la falta de regulación y control relacionados con la sintomatología autista.
2. Implementar y desarrollar estrategias de regulación, focalización y orientación de la atención.

Sin embargo los datos que sustentaban dicha información tenían que ser comprobados en la práctica no sólo por medio de tareas específicas, se requería comenzar a explorar en qué medida los logros se podían mantener incrementando y complejizando las exigencias de las tareas que se diseñaban para VOG, recordando que el otro punto fundamental de la terapia era: enriquecer y consolidar de prerrequisitos para el cálculo, abordando las dificultades en la organización viso-espacial y dando acceso de modo eficiente a los componentes lógico-gramaticales.

Sesión 4

Faltaba explorar el nivel 4 en donde se tenían que presentar **secuencias desordenadas y diálogos correspondientes**. Con un editor de fotografías se alteraron algunos cuadros de las secuencias (orden, número, contexto, etc.). Lo interesante aquí fue ver cómo era que VOG se confrontaba con una tarea totalmente disonante. El elemento central de sus tareas fue que, ignorando el aspecto referencial directo (los diálogos), se dedicó a corregir, uno a uno, los cuadros de las secuencias que se le presentaron (seis), eliminando e incluyendo elementos (dibujándolos), sustituyendo cuadros e incrementando la cantidad de éstos en las series. Todo lo anterior para que al concluir la tarea de modo memorístico, comprobara la coherencia y la concordancia entre las secuencias y los diálogos. Compulsivamente cotejó todos, sin requerir el apoyo o realizar interacciones con el terapeuta. Sólo cuando concluyó el último diálogo e hizo una última corrección a un cuadro fue que miró de reojo al lado opuesto de donde éste se encontraba y aplaudió frente a su cara, tan cerca que en su sobresalto le tiró los anteojos. Quizá era el momento esperado por el psicólogo para poder plantear la hipótesis de un modo más certero, en el sentido de que el orden comunicativo se había establecido en el orden de lo afectivo y lo emotivo. El agarrar por primera vez un lápiz y comenzar los trazos sin que se le pidiera (indicara), daba pie a posibilidades atributivas con respecto a las expectativas que despertaba VOG en el terapeuta. No solamente estaban enunciados sus habilidades y sus dominios, más allá de sus atribuciones. También surgía la posibilidad de comenzar a jugar con las reglas de los juegos que se inventan y se recrean en la interacción comunicativa. Entonces surgía la **regla tres: la pragmática genera su propia necesidad de coherencia y concordancia cuando las personas se confrontan con los símbolos. Coherencia y concordancia que necesitan confirmarse fuera de toda perseverancia o circularidad estereotípica.**

Bien había valido la pena otra larga sesión (2 h 25 min.) y el traslape de pacientes.

Sesiones 5 a 9

PRERREQUISITOS CÁLCULO

Para esta sesión y las subsecuentes se consideró conveniente un regreso a la estrategia de juego que se había implementado durante el establecimiento de la relación y la valoración por tareas. Para esto se buscó el apoyo en juegos estructurados de marca registrada que permitirían abordar de modo muy acotado el enunciado de las tareas que se debían analizar. Independientemente del uso recomendado por los fabricantes, estos juegos fueron adecuados de acuerdo a las necesidades escolares y preferencias de VOG. Era importante para su tratamiento salirse de los libros e instalarse en los juegos para trabajar, bajo una hipótesis de relevancia, aspectos relacionados de cantidad, conteo, clasificaciones y seriaciones. En el desarrollo de ese tipo de contenidos también se incluyeron variaciones que permitieran analizar aspectos de atención, de memoria, lenguaje, abstracciones y concreciones, representación y acceso representacional.

Todas las tareas y problemas a resolver en la actividad de juego, tenían que considerar, mínimamente, para su evaluación y valoración:

- Un interrogatorio acerca de sus componentes
- Identificación y agrupamiento por color, forma, tamaño, textura, peso, aroma, etc.
- La ilustración de las relaciones semánticas y sintácticas
- La ilustración de los aspectos de orden y número, reversibilidad y conservación y permutabilidad
- Recursos mediáticos para su manipulación y empleo como herramientas mentales
- En el caso de los juegos con tareas viso-espaciales se requería que el análisis incluyera además:
  - La descripción anticipatoria (gestual y con señales) de las trayectorias de desplazamiento de los componentes
  - La realización de las tareas en el menor número de movimientos
  - La demostración, por parte de nosotros, de aspectos complejos como: equilibrio, fuerza, inclinación
  - La reproducción iconográfica, por parte de VOG, de las reproducciones que realizaba durante el juego

La reproducción y simulación, de las trayectorias y posiciones de los objetos del juego, ilustradas con los propios movimientos del cuerpo

Todas las actividades de cada juego se analizaban de acuerdo a la estructura de análisis de la figura C2-1.

Lo más sobresaliente del análisis de las sesiones fue que VOG después de las últimas cinco sesiones (5-9), presentaba una alta eficiencia en los planos de focalización referencial, orientación espacial y regulación de la atención en periodos cortos de tiempo cuando las tareas no le resultan significativas

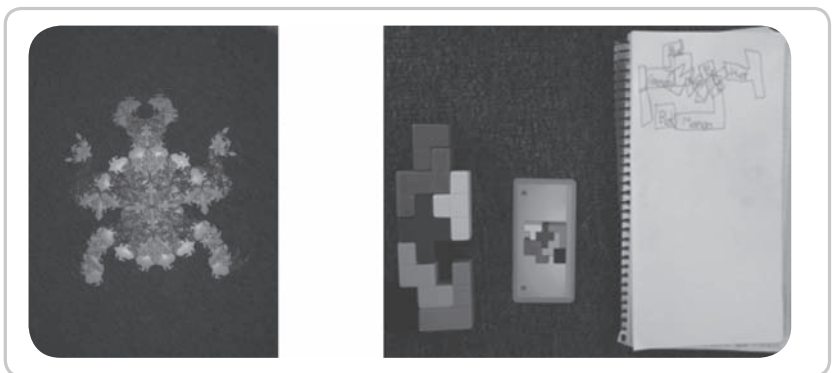


Figura C2-1. Ejemplos de materiales y actividades.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y más amplios cuando éstas son más significativas. Lo que adquiere relevancia si tomamos en cuenta que en algunos momentos se había manejado la hipótesis de afectación por TDAH, agresividad e impulsividad. También eran relevantes los aspectos cualitativos y cuantitativos de la concreción en la lectoescritura, la organización serial y temporal que llevan al cálculo y la organización del lenguaje.

El monitoreo visual autorreferencial, la identificación de planos de lateralidad y de los componentes corporales y topográficos son aspectos en los que mostraba dominio adecuado. Sin embargo se presentaban dificultades en la construcción de acciones motoras finas, cuando éstas se relacionaban con la coordinación oculomanual, fundamentalmente en tareas de reproducción secuencias dactilares progresivas y de contraposición en ambos miembros superiores, el rendimiento mejoraba cuando la tarea se realizaba de modo simultáneo con ambos miembros, con un mayor éxito en el lado derecho, lo que denotaba facilitación por medio del empleo del monitoreo directo de las acciones motoras. En la realización de estas tareas el rendimiento se elevaba cuando se utilizaban estrategias de regulación verbal, siendo predominante el aspecto pragmático con respecto al semántico y sintáctico.
En relación a la memoria y la regulación se presentaba un fenómeno de primacía en la reproducción de las acciones motoras que tenía que ser muy bien diferenciado de los episodios de perseverancia, ya que esto sí tendría un peso importante en la orientación de las decisiones educativas.

Sin embargo el tono, la fuerza y el ritmo en la realización de este tipo de acciones podían mejorar si se establecía un patrón de intervención que pudiera ir más allá de las tareas de facilitación. La disminución de estos aspectos y la aparente fatiga que presentaba ante tareas que exigían estrategias de combinación multimodal, estaban más relacionados con componentes neurológicos que con estados de disposición psicógena.

Las tareas de orientación espacial presentaban dos aspectos muy importantes: cuando el objetivo era el control propioceptivo y el equilibrio, se encontraba una significativa disminución de la tonificación, del ritmo de activación y del control de impulsos. Ante situaciones donde la tarea era la manipulación de objetos y el acceso a estrategias de resolución mental, se encontraba que aunque había poco uso de claves de orientación espacial, los referentes de color y forma facilitaban la ejecución de las acciones. Sin embargo seguía habiendo primacía de las huellas mnésicas.

Un hecho que hay que resaltar con respecto a lo anterior es que: a pesar de la primacía de las huellas mnésicas, de la fatiga y la disminución en la tonificación y la activación, después de un tiempo de estar realizando las tareas (cortes de 8 a 10 minutos),se pudo ver que VOG presentaba una alta persistencia y eficiencia en las tareas de resolución, sin perseveraciones y sin aparente impulsividad; lo que era indicativo de las posibilidades de diseñar un programa eficiente de intervención educativa que ligara los aspectos del rendimiento cognitivo con la organización de los aspectos temporales de modo puntual.

La facilitación de lo anterior dependía de la posibilidad de que VOG pudiera combinar claves externas e internas del tipo verbal en la regulación de su actividad. En este sentido se hacía muy evidente la predominancia de estrategias de orientación de las acciones, indicativas y poco flexibles, que quizá podían estar relacionadas con los estilos de manejo terapéutico y educativo.

En lo referente al cálculo y al desempeño en la realización de tareas complejas presentaba dificultades en la decodificación de secuencias progresivas relacionadas con la sincronización de los aspectos motores, cinestésicos, cenestésicos, los planes de acción y la micro reproducción de las acciones más dístales.

En el desarrollo de tareas complejas también se pudieron apreciar dificultades en la transición modal, la integración semántica (en más de dos niveles) y dificultades en el rastreo y seguimiento visuales, todo esto tuvo un efecto muy significativo en las acciones mediadas y en la construcción de atribuciones. Sin embargo el uso de estrategias compensatorias (*pointing,* claves verbales, etc.), elevaba los niveles de eficiencia.

En lo referente a la regulación del comportamiento, se encontró que mediante el establecimiento de propuestas de contenido significativo y contextual los niveles funcionales y conceptuales de VOG mejoraban significativamente. La agresividad que se le ha atribuido quizá estaba más en función del

manejo segregador en los ámbitos educativos y a la falta de un elemento de articulación orientadora de las distintas rutinas terapéuticas a las que asistía previamente.

Sesiones 10-11 cierre

Una vez que se tuvo organizada la información anterior, fue posible programar una sesión de cierre con VOG. La propuesta de juego era simple, se trataba de organizar una serie de actividades de juego con alto contenido cognitivo, que fuera de bajo costo y que diera la certeza que podría ser usado por VOG en momentos posteriores independientemente de que pudiera acudir periódicamente a revisiones con el terapeuta.

Se eligió el juego de Tangram (ver figura C2-2), debido a que éste permitiría seguir explorando el desarrollo de dominios de organización viso-espacial; los procesos de abstracción, concreción e integración de formas y estimular el desarrollo de los aspectos lógicos. Como apoyo se utilizaría material de referencia y producción de imágenes (Picon, 1997).

En la decima sesión, previo análisis de componentes del juego, VOG tenía que reproducir siluetas de animales del material de referencia que tuviera relación con los personajes de Madagascar (leones, jirafas, pingüinos, etc.). En un primer momento las reproducciones se realizaron con el apoyo de las plantillas de resolución, pero en la medida en que fue agenciando las regularidades de producción empezó a hacerlo sin más apoyo que el análisis visual de las siluetas.

Los tiempos de producción y reposos se fueron marcando por parte del terapeuta.

Para la sesión de cierre se pidió a la madre y a una de sus maestras que le leyeran o presentaran historias en el transcurso de la semana acerca de los distintos estados emocionales. Al llegar a la sesión, VOG se disponía a elaborar figuras de animales, pero inesperadamente se le indicó buscar imágenes de personas tristes, contentas, cansadas, descansando, etc. Por primera vez VOG accedía a iniciar su sesión sin usar como tema de apoyo a los animales. La idea central no era que pudiera producir al momento figuras emocionales, sino que fuera capaz de identificar a las figuras que connotaban o denotaban emocionalidad, como un modo de explorar la posibilidad de abordaje de los aspectos emotivo afectivos para un trabajo posterior.

Tarde o temprano Alex, Melman, Gloria y Marty volverían a la escena central de la dialogicidad y la interacción de VOG, pero en este momento, el uso que haríamos de ellos como motivo de juego y análisis sería distinto. Iría más allá de los prerrequisitos del cálculo, la viso-espacialidad y el control del comportamiento. Podrían convertirse en los guías de las reglas culturales de la construcción de simbolismos mentales cada vez más complejos.

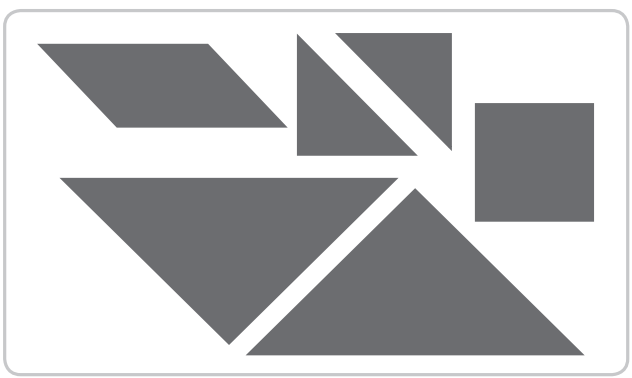


Figura C2-2. Elementos del tangram.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

La evaluación del tratamiento puede referirse a las consideraciones clínicas y cognitivas previas a las sesiones de cierre (10 y 11), asimismo a la facilitación del acceso a las matemáticas durante el primer año de primaria y al desarrollo de habilidades comunicativas y de lectoescritura sobresalientes que han permitido que VOG se mantenga en una escuela bilingüe.

Seguimiento

Después de dos años VOG ha avanzado en la escuela, cuando el lector lea acerca de este caso, él estará en tercer grado (o quizá más adelante). Se ha realizado con él un trabajo casi permanente de seguimiento y control. Es sobresaliente su desempeño en la escuela, cuando le sucede que **se (le) oscurece la vista** sabe que tiene que pedir permiso de salida e ir a casa a resolver sus tareas de matemáticas, el **ritual de la selva** no le permite hacerlo de otro modo (por error se hizo ese acuerdo entre él y el terapeuta, y ahora hay que afrontar los costos de la literalidad), por eso la profesora sabe que sus tareas de matemáticas tienen entrega quincenal. Su inglés va bien y lo práctica mucho. Los problemas de organización semántica fueron superados, maneja muy bien agrupamientos y seriaciones. En lo referente a organización viso-espacial y planeación fue muy eficiente cuando trabajó tableros de estrategia y anticipación.

Aún tiene problemas para dormir, pero ya no despierta a los demás, en poco tiempo se realizará una revisión con su neurólogo de un estudio que se hizo de disminución y sostenimiento, para revisar la dosis y periodicidad del medicamento; quizá por ahí pueda estar la salida al insomnio.

El niño sigue manteniendo algunas estereotipias, se frota las manos cuando analiza algo que le llama la atención o muestra sus dientes (de tiburón) cuando está contento. Estar contento y mostrarlo con un gesto es algo que hacen todos los **niños** en el reino animal, el problema con VOG es que cuando él llegó **no sabía** reírse, ni mostrar sorpresa, defenderse, hacer cara de enojado, ni gestos de huele a **pox**. ¿Cómo se solucionó esto? Esa es otra historia que él contará algún día, cuando tenga tiempo de hacerlo, por ahora está **emocionado** porque hace unos meses se enteró que los **chicos de Madagascar** andaban de aventura en un avión " ¡¡¡ Como Stuart!!! ...".

REFERENCIAS

Aoki Morante, A. (2006). *Autismo, más allá de la discapacidad. La organización de un sistema funcional peculiar*. Tesis de Licenciatura. México:Facultad de Psicología. UNAM.

Bodrova, E. & Leong, D. (1996). *Play: A Vygotskian approach*. San Luis Obispo, CA: Davidson Films.

Cruz Pérez, F. (1998). Vygotski: Por otra vía, por otros medios, por otros métodos. *En: Vigotsky en la Educación*. México:Universidad Autónoma de Morelos, 291- 298.

Cruz Pérez, F. (2007). El Juego, la funcionalidad y la funcionalización en los trastornos del desarrollo. En: *Memoria del Primer Foro de Psicoterapia Infantil: El Bienestar emocional del niño y su familia. Mérida, Yucatán.*

Cruz Pérez, F. & Aoki Morante, A. (2009). *Neurodesarrollo y terapia de juego: maduración y dominio*. Manuscrito original (En prensa)

Erikson, E. (1979). Play and cure. En C. E. Schaefer (Ed.). *Therapeutic Use of Child´s Play.* (pp.475-485) New York: Jason Aronson.

Etchepareborda, M. (2005). Funciones ejecutivas y autismo. *Revista de Neurología; 40 (Supl 1): 155-62*

Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. New York: Guilford Press.

Ginott, H. (1994). En C. Schaefer & H. Kaduson (Eds.) *The quotable play therapist* (p. 33). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Goldstein, H., Kaczmarek, L., Pennington, R. & Shafer, K. (1992). Peer-Mediated Intervention: Attending to, Commenting on, and Acknowledging the Behavior of Preschoolers with Autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(2), 289-305.

Goldstein, H. & Wickstrom, S. (1986). Peer Intervention Effects on communicative Interaction Among Handicapped and Nonhandicapped preschoolers. *Journal of applied behavior analysis*, 19(2): 209-214.

Kamps, D. *et al.* (1992). Teaching social skills to students with autism to increase peer interactions in an integrated first-grade classroom. *Journal of applied behavior analysis, 25*(2): 281-288.
Landreth, G. (2002). *Play Therapy: The art of relationship* (2a. ed.). New York: Brunner-Routledge.
Loovas, I., Smith, T. (1989). *A comprehensive behavioral theory of autistic children: paradigm for research and treatment*. Disponible en: http://www.comportamental.com
Luria, A. (1962). *Las funciones corticales superiores del hombre y su alteración por lesiones locales del cerebro*. Rusia: Universidad Estatal de Moscú. Original en ruso.
Luria, A. (1984). *El cerebro en acción*. España: Roca
Mac Duff, G. *et al.* (1993). Teaching Children With Autism To Use Photographic Activity Schedules: Maintenance and Generalization of Complex Response Chains. *Journal of Applied Behavior analysis*, *26*(1): 89-97.
McEvoy, M., Nordquist, V., Twardosz, S., Heckaman, K., Wehby, J. & Denny, K. (1988). Promoting Autistic Children's Peer Interaction in an Integrated Early Childhood Setting Using Affection Activities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *21*(2): 193-200.
McGee, G., Almeida, M., Sulzer-Azaroff, B. & Feldman, R. (1992). Promoting Reciprocal Interactions via Peer Incidental Teaching. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25(*1): 117-126.
Marcos, T. (1994). *Neuropsicología clínica*. Barcelona: Mosby.
Martos, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Rev Neurol* 42 (2); 99-101.
Oaklander, V. (1988). Windows to our children. Highland, NY: *The Gestalt Journal Press*.
O´Connor, K., Schaefer, C. (Eds). (1994). *Handbook of play therapy volume two: Advances and innovations*. New York: John Wiley & Sons.
O´Connor, K. (2000). *The play therapy primer* (2a. ed.). New York: John Wiley & Sons.
Picon, D. (1997). *Tangram*.Málaga: Sirio.
Phillips, R. (1985). Whistling in the dark: A review of play therapy research. *Psychotherapy 22*(4), 752-760.
Riviére, A. (1994). *La psicología de Vygotski*. Madrid: Visor.
Riviére, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
Sainato, D., Goldstein, H. & Strain, P. (1992). Effects of Self-Evaluation on Preschool Children's use of Social Interaction Strategies with Their Classmates with Autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *25*(1): 127-141.
Schepis, M., Reid, D., Behrmann, M. & Sutton, K. (1998). Increasing Communicative Interactions of Young Children with Autism Using a Voice Output Communication Aid and Naturalistic Teaching. *Journal of applied behavior Analysis*, *31*(4): 561-578.
Stahmer, A. & Schreibman, L. (1992). Teaching Children with Autism Appropriate Play in Unsupervised Environments Using a Self-Management Treatment Package. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *25*(2): 447-459.
Strickland, E. (2000). The power of play!.*Scholastic Early Childhood Today*, 14 (6), 36-43

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CASO 3.
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

"Soy más que un déficit de atención"

Susana Lara Casillas
Psicoterapeuta Infantil
Facultad de Psicología, UNAM

El presente estudio de caso muestra el trabajo realizado con un niño de 11 años de edad con diagnóstico previo de TDAH-I, cuyo único tratamiento hasta ese momento era el farmacológico. Los objetivos del análisis fueron: fortalecer su autoestima, mejorar sus relaciones sociales y familiares, así como capacitar y orientar a los padres para aprender a manejar las conductas de su hijo, mediante la Terapia de Juego Filial, tratamiento individual con enfoque centrado en el niño y en el trabajo parental.

La intervención terapéutica consistió en una evaluación psicológica individual y familiar (cuatro sesiones), tratamiento psicológico mediante Terapia de Juego Filial (siete sesiones), tratamiento psicológico individual centrado en el niño (24 sesiones) y, paralelo a éste, se ofreció capacitación y orientación a los padres (ocho sesiones). El material utilizado fue: cámara de video, televisión, grabadora de voz, títeres, figuras de animales en miniatura, juegos de mesa y material didáctico.

Este caso mostró la efectividad de la intervención terapéutica en sus tres modalidades: filial, individual y trabajo parental. A medida que avanzaron las sesiones, el paciente reflexionó, de manera cada vez más profunda, acerca de su situación y sus posibles soluciones; lo más importante de todo consistió en el paso de la reflexión a la acción, del consultorio a la vida cotidiana.

Los resultados con el paciente fueron el incremento en su autoestima, en la confianza en sí mismo, en su tolerancia a la frustración y en su capacidad de empatía. Los padres, por su parte, aprendieron a utilizar estrategias que les permitieron tener un mejor manejo de la conducta de su hijo; de esta manera,la relación familiar con el menor se pudo sustentar en la escucha, comprensión, negociación y aceptación, más que en el señalamiento, descalificación y el regaño.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por la triada de síntomas consistentes en:

a) Inatención. Consiste en la incapacidad que tiene un individuo (acorde con su edad) para concentrarse por periodos suficientes que le permitan terminar una actividad que requiera de cierto esfuerzo mental sostenido.
b) Hiperactividad. Se define como la actividad motora exagerada que pareciera conducir a un fin sin que éste se alcance, los pacientes tienen dificultad para mantenerse quietos y cambian frecuentemente de posición, brincan, trepan o mueven persistentemente las manos y los pies.
c) Impulsividad. Implica la dificultad que tienen los pacientes para lograr un autocontrol que les permita respetar el espacio y las actividades de quienes lo rodean.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Héctor Hugo presentaba la triada de síntomas (inatención, hiperactividad e impulsividad), mismos que afectaban su funcionamiento académico, emocional, familiar y social. Lo anterior era evidente ya que no tenía amigos y se le dificultaban las actividades colectivas. En cuanto al área emocional, su autoestima y autoconcepto estaban disminuidos y en el área familiar existía un deterioro importante en la relación del niño con su madre quien llegaba a creer que él la quería molestar, en esos momentos ella no lograba darse cuenta que dichas conductas eran propias del trastorno, por lo que él se sentía inadecuado y/o culpable por la situación familiar conflictiva.

DEFINICIÓN

Actualmente el DSM-IV (APA, 1995) utiliza la denominación Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) para definir un padecimiento, cuya característica esencial es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que lo observado habitualmente en sujetos de nivel de desarrollo similar. Con relación al predominio de síntomas distingue tres subtipos del trastorno:

1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-I).
2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad tipo predominio déficit de atención (TDAH).
3. Trastorno por Déficit de Atención tipo combinado (TDAH-C).

Los niños que padecen este trastorno son blanco fácil de ser **etiquetados** como los flojos, latosos, traviesos, malos, no queridos, tontos; por lo anterior generalmente son excluidos, lo que por consecuencia les provoca sentimientos de minusvalía. Es frecuente que las conductas compensatorias utilizadas por el niño sean negativas y destructivas hacia los demás. Es importante que los padres y maestros no los clasifiquen ni etiqueten, ya que esto genera baja autoestima, por lo que es necesario que tanto padres como maestros cuenten con las estrategias para ayudar al niño a integrarse al grupo familiar y social.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

El paciente de nombre Héctor Hugo, un niño de 11 años de edad, cursaba 6º año de primaria en una escuela particular, con nivel socioeconómico medio, en que ambos padres, profesionistas, aportaban al ingreso familiar**.**

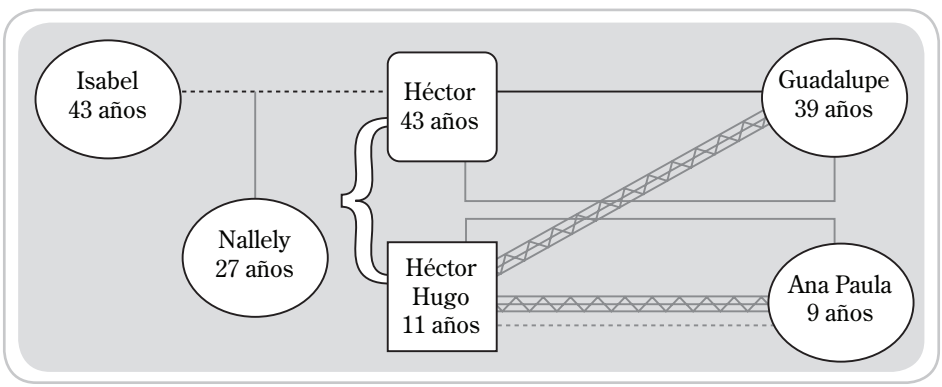


Figura C3-1. Familiograma.

Héctor Hugo tenía una relación tan estrecha como conflictiva con la madre, al grado que ésta se sentía abrumada por la relación con su hijo, lo que generaba un distanciamiento emocional; situación que también se presentaba con su hermana. El padre reconocía toda la conflictiva familiar; sin embargo, prefería no participar cuando había problemas ya que se identificaba con Héctor Hugo mencionando en su discurso; "yo también tengo muchos problemas para concentrarme y creo que también padezco el trastorno y para no perder el control con Héctor Hugo prefiero no meterme cuando hay problemas".El hecho de ver cómo su hijo le reflejaba sus propias dificultades le impedía, de alguna manera, fungir como figura de autoridad parental (Minuchin, 1974), manteniendo así límites difusos con sus hijos. El matrimonio llevaba un trato estable siempre y cuando no se abordara el tema del conflicto, puesto que el padre podía aliarse con el hijo y terminar de pleito con su esposa; situación que tensaba aún más la atmósfera beligerante que reinaba en el hogar. Los constantes problemas entre los padres por las dificultades conductuales de Héctor Hugo confundían a su hermana Ana Paula, quien trataba de mediar en las disputas familiares, intentando mantener a sus padres contentos y halagados; situación que molestaba a Héctor Hugo.

Lo anterior coincide con lo que sostiene Solloa (2001), "las relaciones interpersonales y familiares, cuando el menor presenta un trastorno de este tipo, sufren un deterioro importante tanto en el niño como para sus padres". A su vez Roselló, Amado y Bo (2000), destacan que todos los padres perciben que la convivencia con estos niños resulta excesivamente difícil y estresante para ambas partes.

MOTIVO DE CONSULTA

Los padres refirieron que cuando Héctor Hugo tenía 7 años, le habían diagnosticado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-I); desde entonces había recibido tratamiento farmacológico, el cual le había ayudado a mantener su atención por periodos prolongados; lo que se reflejó en su desempeño académico. Sin embargo, 4 años después buscaron el apoyo de la psicoterapia infantil, debido a que la relación del paciente con su madre comenzó a tornarse cada vez más conflictiva, además de que con frecuencia peleaba con su hermana agrediéndose física y verbalmente. Héctor Hugo mostraba poca tolerancia a la frustración y no le gustaba recibir órdenes; en ocasiones era desafiante con sus padres, maestros y compañeros; además era muy poco afectuoso. La madre llegó a sentirse abrumada y manifestaba: "¡ya estoy cansada de la situación! ¡Ya no sé qué hacer con mi hijo!". Por su parte, el padre prefería no involucrarse en la dinámica familiar argumentando que temía perder el control; sin embargo cuando esto sucedía reaccionaba de manera agresiva. Lo anterior coincide con lo reportado en el estudio de Wallace (2005) en el que establece que "los padres que no se involucran de manera directa en el cuidado del niño a veces reaccionan con severidad y métodos disciplinarios erróneos".

La información obtenida en la entrevista inicial reafirmó lo que sostienen Pelham, Jr. y Gnagy (1999): "El hecho de simplemente medicar a los niños, sin dotarlos de las habilidades que requieren para mejorar su comportamiento y sus acciones, no mejora a largo plazo el pronóstico de los niños que presentan TDAH-I."

Una vez recabada la información por parte de los padres era necesario saber cuál era la percepción que el niño tenía de lo que le sucedía, por lo que fue necesario entrevistarlo; ya que, como dice Oaklander (2002), para tratar al niño es necesario trabajar con lo que él presenta; en ese momento el terapeuta puede sacar sus propias conclusiones de qué es lo que perturba al menor y, entonces, como afirma West (2000), él mismo confirmará o negará lo referido por sus padres, siendo central en todo tratamiento considerar el punto de vista del paciente.

En un inicio Héctor Hugo comentó sobre su problema:

> "Yo vengo porque me trae mi mamá, pero la verdad creo que la que lo necesita es ella. Aunque pensándolo bien sí tenemos problemas, pero es porque es con ella con quién convivo más; en la escuela también tengo problemas, ya me botaron de dos colegios. Con mi hermana me llevo bien, como todos los hermanos, a veces discutimos; pero nos queremos mucho.Tomo medicamento

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

porque tengo TDAH; he tomado *Tofranil,* pero me causa insomnio... había otro y me daba sueño todo el día, después *Prozac* y me hacía sentirme deprimido, ahora tomo *Ritalín*... No me gusta tomar medicamento...

West (2000, p.59) sostiene que el primer contacto con el paciente contiene a menudo la clave para el trabajo, es aquí que el menor señala donde yacen las dificultades y cómo pueden ser abordadas. "Se trata de una sesión crucial porque determina el escenario de lo que va a seguir".

Evidentemente, las entrevistas con los padres y las primeras sesiones con Héctor Hugo mostraron las evidencias de cómo, cada uno desde sus diferentes puntos de vista, reconocían que había dificultades en la interacción y, tanto el paciente como la familia, necesitaban de un apoyo externo para que dicha problemática lograra resolverse y la presencia del diagnóstico del TDAH dejara de ser el principal discurso.

HISTORIA DE DESARROLLO DEL NIÑO

Héctor Hugo es el segundo hijo del padre y el primero de la madre. Fue un hijo planeado y deseado por ambos, quienes reconocen que se sentían muy emocionados y contentos por el nacimiento del bebé, pero a la vez estaban preocupados por la responsabilidad que implicaba ser padres. Héctor, fue padre a los 15 años de edad, vivió en unión libre con la madre de su primer hija, pero la relación de pareja no funcionó y se separaron sin que él mantuviera contacto con su hija durante 17 años, actualmente Nallely tiene una sana convivencia con los hijos de Guadalupe y Héctor.

Nacimiento. El trabajo de parto duró 19 horas, a término por vía vaginal con anestesia local y sin complicación alguna. Héctor Hugo pesó 2,750 Kg. y midió 50 cm. La madre, comenta que después del parto, mostró mucha emoción. El padre menciona que estaba tan conmovido que lloró al verlo.

Alimentación. El niño fue amamantado hasta los 2 meses. Posteriormente, la madre intentó combinar el pecho y la fórmula, pero al ver que el niño rechazaba el seno materno, se lo retiró y lo alimentó con biberón hasta el año de edad. A los tres meses comenzó a comer sólidos y desde entonces su apetito ha sido bueno; sin embargo, éste disminuyó cuando empezó a ser medicado por el TDAH-I.

Sueño. Héctor Hugo comenzó a dormir en una habitación separada de la de los padres a partir de los cuatro meses aunque su sueño era irregular, fue hasta los nueve meses que logró dormir toda la noche de manera regular. Al inicio del tratamiento Héctor Hugo se oponía a dormirse a la hora establecida bajo el argumento de que no tenía sueño y a pesar de que se retiraba a su habitación, jugaba hasta tarde sin poder conciliar el sueño.

Control de esfínteres. Éste se dio a partir de los dos años dos meses; a los tres años ya podía controlar tanto el esfínter anal como el uretral durante el día, no así durante la noche: Héctor Hugo presentó accidentes nocturnos de micción hasta de los tres a los seis años con una frecuencia de tres veces por semana. Cada vez que esto ocurría la madre perdía los estribos, situación que generaba miedo en el infante.

Lenguaje. Éste se desarrolló de acuerdo a los parámetros esperados; sin embargo, cuando el niño inició con el proceso de lectura la madre se percató que tartamudeaba, situación que desapareció una vez que el paciente aprendió a leer.

Desarrollo motor. Héctor Hugo sostuvo la cabeza a los dos meses, se sentó a los seis meses, gateó muy poco tiempo y caminó a partir de los 12 meses de edad. Sin embargo, la madre señala que siempre ha sido torpe en sus movimientos sobre todo cuando era más pequeño. Aprendió a andar en triciclo a los cuatro años y en bicicleta a los siete. Ha practicado distintas actividades físicas, tales como: básquetbol, karate y natación, pero pronto las abandonaba debido a que perdía el interés con facilidad. Durante el tratamiento terapéutico entró a jugar futbol americano, en muchas ocasiones mencionó su agrado por esta actividad, deporte que continua practicando hasta la fecha.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Ávila y Polaino (2002) mencionan que los niños que padecen el trastorno desde muy temprana edad muestran conductas no esperadas en los diferentes periodos del crecimiento, mismas que coinciden con la historia de desarrollo del paciente. A su vez, Caldera (2004) describe las conductas habituales por periodos determinados:

Del nacimiento a los cinco años

- Suelen tener dificultad en la adquisición de hábitos de alimentación y sueño, pueden presentar periodos cortos de sueño
- Por lo general son bebés de temperamento difícil y con baja adaptabilidad
- Se caracterizan por un alto nivel de actividad, búsqueda constante de atención, rabietas y dificultad para jugar solos
- Falta de noción de peligro
- Su forma de interactuar con otros niños puede parecer hostil o agresiva, aunque muchas veces es el reflejo de una impulsividad que les impide medir las consecuencias de lo que van a hacer
- La entrada a preescolar plantea problemas de manejo para los docentes, puesto que no siguen consignas, molestan e interrumpen a sus compañeros y les es difícil permanecer sentados
- Sus interacciones sociales son generalmente demandantes, les cuesta trabajo esperar su turno y compartir, a veces son agresivos. Esto último ocasiona el rechazo por parte de sus pares, quienes los aíslan; incluso, los padres de sus compañeros evitan que sus hijos interactúen con ellos fuera del ámbito escolar.

Edad escolar

- La entrada a la primaria le impone al niño con TDAH una serie de exigencias de atención y conducta que encuentra difíciles de cumplir
- La excesividad motora es notable en clase, debido a que el contexto es más estructurado que en preescolar y las exigencias incluyen permanecer sentado para realizar el trabajo, tal como el resto del grupo, por lo que distrae a otros niños y altera la actividad académica. Ante este panorama, pedir permiso para ir al baño con frecuencia es una manera de conseguir el movimiento que necesita
- En clase suelen responder sin haber terminado de escuchar las interrogantes o contestan por escrito sin haber leído por completo la pregunta
- A nivel conductual manifiestan dificultad para seguir las reglas de un juego estructurado, escuchar a otros niños o para esperar su turno; interrumpen y responden de manera agresiva tanto física como verbalmente. La falta de reflexión hace que no piensen en las consecuencias de sus actos y raras veces reconocen sus equivocaciones, por lo que este tipo de niños son rechazados por sus pares
- Es común que en la infancia tardía o preadolescencia, debido a las dificultades mencionadas, los niños con TDAH presenten inseguridad y baja autoestima, tanto en la esfera social como en la académica.

Asimismo, Huessy (1974) comenta que debido a la sintomatología que estos niños presentan, es dentro del ámbito escolar donde su conducta se hace más evidente; ya que deben someterse a la disciplina y a tareas intelectuales que implican concentración.

Adolescencia

- La motivación hacia la escuela y el aprendizaje se ven aún más disminuidos.
- Son conductas comunes la falta de respeto a los padres y otras figuras de autoridad; este tipo de confrontaciones tienen lugar como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones en la escuela y el hogar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

- En esta etapa, la hiperactividad suele reducirse significativamente, pero puede ser reemplazada por una sensación interior de inquietud; sin embargo, cerca de 70% de los casos sigue presentando problemas de atención e impulsividad (Caldera, 2004).

DESARROLLO EMOCIONAL DE LOS NIÑOS CON TDAH

Los niños con TDAH se perciben emocionalmente como latosos, traviesos, malos, no queridos, tontos, sin amigos; esto les genera sentimientos de minusvalía; se sienten como individuos raros o diferentes. Las conductas compensatorias para tales sentimientos son, con frecuencia, negativas y destructivas (Uriarte, 1998). Socialmente tienen dificultades para relacionarse debido a que su grupo de pares los excluyen, sea porque no saben jugar, sea porque siempre quieren ganar y, cuando no lo logran, hacen trampa y explotan en rabietas.

Asimismo, Neufeld y Foy (2006) documentan que el TDAH está asociado con bajo rendimiento académico, actividad escolar disminuida, alto índice de reprobación, suspensiones y expulsiones escolares, pobres relaciones con sus pares y familiares, ansiedad, depresión, agresión, problemas de conducta y con la autoridad. Experimentan con sustancias tóxicas y bebidas alcohólicas desde edades tempranas, son propensos a tener accidentes de tránsito y a ser infraccionados por exceder los límites de velocidad, asimismo presentan dificultades en sus relaciones sociales, matrimoniales y de trabajo.

En el caso concreto de Héctor Hugo, durante sus primeros tres años de vida, fue cariñoso con ambos progenitores por igual, casi no se les separaba y no se iba fácilmente con otras personas.

No obstante, los padres refirieron que Héctor Hugo siempre fue **berrinchudo** cuando no se le daba lo que pedía. Para demostrar su enojo escupía, lo que a su vez irritaba a la madre, quien en ocasiones, llegó a golpearlo. Posteriormente, el niño cambió su demostración de disgusto, comenzó a golpearse a sí mismo o a brincar repetidamente sobre un mismo lugar. En consecuencia, la madre enfurecía; actitud contrastante con la del padre, que permanecía pasivo y, podría decirse, hasta indiferente.

Con respecto a las relaciones interpersonales dentro de casa, Héctor Hugo se llevaba bien con su papá, mientras éste no se involucrará en cuestiones de reglas y límites. Con su mamá, por el contrario, la relación se tornó difícil, ya que, según sus palabras:

> "es injusta y malvada conmigo".

También la relación con la hermana era conflictiva porque peleaban frecuentemente bajo cualquier pretexto.

En el terreno escolar, era de llamar la atención que no contara con un mejor amigo y que tuviera constantes problemas de conducta con sus compañeros. Su maestra comentó: "se burla de ellos si se equivocan durante la clase y en ocasiones los reta". Por otra parte, a los niños con los que se reunía cerca de su casa no los consideraba como amigos; para Héctor Hugo sólo eran simples compañeros de juego.

En cuanto a la disciplina, la mamá se había encargado de Héctor Hugo la mayor parte del tiempo. Su manera de hacerse obedecer era primero con palabras; después, al no obtener resultados, a gritos y con órdenes de retirarse a su habitación. La escena muchas veces terminaba con agresiones físicas, a las que Héctor Hugo respondía enojado y desafiante. El padre, por su parte, reconocía que el niño siempre lo había obedecido más que a la madre; sin embargo, eran contadas las ocasiones en las que había intervenido para pedirle a su hijo que cambiara su manera de actuar. Cuando llegó a golpearlo o a gritarle se sentía muy mal porque tenía la certeza de que su hijo lo dejaría de querer.

Héctor Hugo ingresó a la escuela con mucho entusiasmo, al año y medio de edad. Pero los problemas comenzaron mientras cursaba el 3º del jardín del niños. En 1º de primaria se presentaron, ya de manera notoria, los episodios de distracción: no trabajaba en clase, tardaba hasta cuatro horas para hacer una tarea y quería ir al baño de manera frecuente. En 2º de primaria, la maestra detectó que la conducta de Héctor Hugo salía de la norma con respecto a sus compañeros de clase, por lo que

sugirió a los padres la evaluación de un especialista. Fue entonces que el paidopsiquiatra diagnosticó a Héctor Hugo con TDAH, razón por la que le administró medicamento, mismo que continuó tomando hasta los 12 años.

Los progenitores expusieron que a lo largo del 3º y 4º año de primaria las calificaciones eran buenas, mas no así su conducta, motivo que argumentaron en la escuela para ya no reinscribirlo, por lo que sus padres tuvieron que buscar una alternativa para que cursara el 5º año; la cual, por cierto, no resultó del agrado ni de Héctor Hugo ni de su madre. Los problemas de conducta, principalmente con la maestra, no sólo no tardaron en reaparecer, sino que fue necesario cambiarlo de escuela.

Cabe mencionar que durante los ciclos escolares de 4º y 5º la relación con su mamá se deterioró aún más, pues para ella se volvió muy difícil recibir constantes quejas y reportes de la escuela, lo que ocasionaba peleas de manera casi cotidiana. El argumento de Héctor Hugo simplemente se basaba en que los maestros eran muy injustos con él.

Durante 6º año de primaria el paciente mencionó haber intentado portarse mejor en la escuela; sin embargo, el trato con sus compañeros continuaba siendo hostil e incluso llegaba a pegarles, insultarlos y a burlarse de ellos. Éstos a su vez lo acusaban y como consecuencia era reportado. A diferencia de otros años Héctor Hugo tenía una buena relación con su maestra, aunque ella se mostraba estricta con él, sabía escucharlo y lo contenía, Héctor Hugo mencionaba constantemente que le gustaba platicar con ella.

Dentro del ámbito académico la materia que más se le dificultaba era matemáticas, y cuando el infante presentaba éxitos académicos, los padres lo alentaban, según sus propias palabras: "a seguirle echando ganas". No obstante, cuando algo de la escuela no salía bien, la madre reaccionaba con frustración y enojo.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Antes de seleccionar el tipo de tratamiento se realizó la evaluación psicológica, misma que fue diseñada con base en el motivo de consulta, por lo que se consideró pertinente enfocarla primordialmente en las áreas emocional y familiar, ya que ni el paciente, sus padres o la maestra reportaron dificultades académicas.

Los instrumentos y las técnicas empleados para evaluación psicológica fueron:

- Entrevista con los padres
- Entrevista con Héctor Hugo
- Entrevista con la maestra
- Dibujo de la figura humana (E. Koppitz)
- Dibujo de la familia (L. Corman & Kinética)
- Prueba de frases incompletas para niños de Sacks (F.I.S.)
- Sesión de juego libre
- Sesión familiar de juego diagnóstico (E. Gil)

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Con base en los resultados obtenidos, las observaciones realizadas durante la evaluación y las sesiones de juego diagnóstico se dedujo que en cuanto a desarrollo emocional, Héctor Hugo era un niño que tenía poca estabilidad emocional, sentimientos de inseguridad, culpa *por no haber cubierto las expectativas de sus padres, principalmente las de su madre, y* sentimientos de inadecuación ante situaciones familiares que no podía controlar; por lo que frecuentemente llegaba a tener sentimientos de fracaso y, en consecuencia, tendía a aislarse. No obstante, presentaba deseos de convivir principalmente con su grupo primario, la familia; sin que hubiera problemas que él mismo creyera generar, pero que obedecían más a la sintomatología propia del trastorno -del cual tanto él como su familia tenían consciencia- pero que no sabían cómo manejar, por lo que regularmente terminaban en conflicto.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Era evidente que sus dificultades de atención, falta de control de impulsos y baja tolerancia a la frustración habían afectado emocionalmente a Héctor Hugo y también la relación con sus compañeros y hermana, quienes al no saber ni entender lo que él sentía y lo que le sucedía, tendían rechazarlo. Ante esto, Héctor Hugo llegaba a actuar de manera agresiva y retadora, ya que aún no tenía la capacidad de competir **sanamente**; es decir, que comprendiera que en distintos espacios de la vida cotidiana cabía la posibilidad de perder, y que esto, no necesariamente significaba que estuviera en desventaja frente a los demás, o que dejara de pertenecer al grupo.

Con su hermana, la rivalidad era más evidente que con sus pares. En las relaciones fraternas dichos sentimientos son normales; sin embargo, en el caso de Héctor Hugo la rivalidad con su hermana Ana Paula se exacerbaba debido a que ésta ocupaba un lugar importante en la familia y tenía una buena relación con ambos progenitores, ya que ella sí cumplía con las exigencias académicas que demandaban los padres, mientras que Héctor Hugo no,o por lo menos, así lo percibía él.

En el entorno familiar, Héctor Hugo se sentía inadecuado sobre todo si se trataba de cuestiones académicas o de cumplir con acuerdos o metas, lo que se vinculaba a la percepción que tenía de las figuras femeninas y a su identificación con las características del padre, al que percibía de manera ambivalente, cercana, pero a la vez distante, se mantenía al margen como un espectador de lo que sucedía en la dinámica familiar. Sin embargo, había momentos en los que Héctor Hugo podía integrarse y disfrutar de la convivencia familiar cuando ésta se desarrollaba en un contexto diferente; es decir, sin las exigencias de la vida cotidiana, tales como tener que hacer la tarea o cumplir con un horario riguroso. Entonces, se sentía tranquilo y aceptado porque no había problemas entre él, su hermana y su mamá; deseaba que su padre, figura muy importante .para él, conviviera más con ellos y que se mejorara la relación que tenía con su mamá y hermana.

Como parte de la entrega de resultados, se les mostró a los padres el video de la sesión familiar de juego diagnóstico, ambos lo vieron con mucha atención sin perder detalle de lo que ahí sucedió. Al final, la madre lloró y el padre se mostró desconcertado.

Esta sesión fue muy importante en el tratamiento, debido a que permitió a los padres darse cuenta del tipo de convivencia que prevalecía en el hogar y la manera cómo cada uno actuaba para mantener el conflicto del que se responsabilizaba en su totalidad a la conducta de Héctor Hugo. Después de analizar cada uno su participación, Guadalupe, la madre concluyó:

— Me doy cuenta que interrumpo mucho, que quiero solucionar todo. No los dejo pensar, soy egoísta... Mis ideas son dispersas... Que Ana Paula es el centro de atención y que Hectorín no trata de sobresalir tanto.

Al tomar su turno, Héctor padre dijo:

— No me sentí muy cómodo por el retraimiento de Héctor Hugo; además, creo que veo las cosas a la ligera y que cedo mucho en todo.

PLAN DE TRATAMIENTO

Neuwirth (1996), Barragán (2003) y Gratch (2003) sostienen que el mejor tratamiento para este tipo de niños es aquel que contempla un manejo integral; es decir que se implementen los siguientes tratamientos:

1) Tratamiento farmacológico
2) Tratamiento psicopedagógico
3) Tratamiento psicológico
4) Capacitación y orientación a padres

Por su parte, Wells, Epstein, Hinshaw y Conners (2000) evaluaron la eficacia de los tratamientos multimodales en niños con TDAH entre 7 y 12 años de edad y concluyeron que la combinación

de los tratamientos farmacológico y psicosocial, en los que padres y maestros se involucran, tiene mejores resultados sobre la conducta problema, que si únicamente se contemplase el tratamiento individual del menor. Estos autores destacan la relevancia de la inclusión de los padres para el éxito de la psicoterapia.

Considerando los hallazgos de la investigación clínica, el tratamiento farmacológico que el paciente estaba recibiendo y los datos obtenidos de la evaluación, en donde se hace evidente la manera cómo los conflictos familiares exacerban los síntomas del paciente, se optó por trabajar con un modelo de Terapia de Juego Filial (TJF), tratamiento que aborda la problemática del menor incluyendo a los demás miembros de la familia.

Una de las características de esta terapia es que trabaja más con las fortalezas, tanto del niño como de la familia, que con el problema en sí; al promover y desarrollar dichas fortalezas se consolida la relación familiar y genera el crecimiento emocional de los niños y adultos.

El hecho de involucrar a los padres en el trabajo terapéutico es de vital importancia, ya que son ellos los principales agentes del cambio y como tales, se torna necesario que desarrollen las habilidades adecuadas que les ayuden a aprender a tener otra escucha y a modificar la manera cómo se vinculan con sus hijos; al tiempo que asimilan la importancia del equilibrio entre los binomios **comprensión-cuidado** y **seguridad-límites**, para que de esta manera los niños se sientan libres para expresar sus sentimientos y trabajen sus problemas en un ambiente seguro.

VanFleet (2000) propone las siguientes habilidades para ser desarrolladas por los progenitores durante el proceso:

a) **Habilidad de estructuración:** les permite explicarle al niño el objetivo, la organización y las reglas de las sesiones de juego
b) **Habilidad de escucha empática:** el objetivo principal es que los mayores representen una escena o un papel imaginario que el niño sugiera
c) **Habilidad de poner límites:** esta habilidad tiene como objetivo mantener seguro al niño y son los padres quienes tienen que lograrlo a través del establecimiento de límites claros, reales y consistentes que permitan al menor considerar las consecuencias de sus decisiones, incluyendo el romper un límite
d) **Habilidad receptiva:** ésta tiene como objetivo ayudar a desarrollar la sensibilidad paterna que le permita responder eficazmente a la conducta y sentimientos de sus hijos; es decir, que aprendan a apreciar y respetar la capacidad y recursos de sus hijos y, por ende, confíen en la habilidad del niño para resolver sus propias dificultades. Esta destreza se desarrolla cuando los padres permiten que sean los niños quienes inicien el juego y ellos los secundan.

METAS

Asimismo, este modelo terapéutico tiene metas específicas para padres e hijos (VanFleet, 2000):

Cuadro C3-1. Modelo de Terapia Filial.

Padres	Hijos
a) Incrementar la comprensión del desarrollo de sus hijos b) Fomentar la comunicación con sus hijos c) Desarrollar sentimientos de calidez y confianza hacia sus hijos d) Aprender a optimizar sus habilidades de crianza e) Aprender a establecer límites claros consistentes y sin violencia con sus hijos.	a) Desarrollar una comprensión que les permita expresar sus propios sentimientos y los de otros b) Desarrollar habilidades para solucionar problemas c) Reducir sus conductas problemáticas d) Tomar mejores decisiones y hacerse responsable de ellas e) Aumentar la confianza en sí mismo y en sus padres.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Durante el proceso terapéutico de Héctor Hugo se utilizaron siete sesiones de la Terapia de Juego Filial (etapa inicial) y tuvo las siguientes adaptaciones:

- Tratamiento individual para el paciente con un modelo de Terapia Centrada en el Niño, el cual constó de 24 sesiones (etapa intermedia).
- Ocho sesiones con los padres durante esta etapa y de manera paralela al tratamiento individual con el paciente, para orientarlos e informarles sobre los avances en la terapia y contener las emociones que les generaban los cambios en la conducta de su hijo.
- Tratamiento psicológico individual para la madre.

El proceso se realizó de manera metódica y sistemática y se concluyó con tres sesiones de seguimiento (etapa final) en las que participaron Héctor Hugo, su hermana y la madre. En cuanto al padre, fue solicitada su presencia pero debido a cuestiones de trabajo no pudo asistir.

OBJETIVOS Y METAS

Objetivo general

Probar la efectividad de la intervención psicoterapéutica con tres modelos diferentes (filial, individual y parental) con un niño diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH-I).

Objetivos específicos

Que el paciente sea capaz de:
- Fortalecer su autoestima
- Reconocer sus sentimientos, emociones y fortalezas
- Darse cuenta de la dinámica del conflicto de relación que tiene con su madre
- Disminuir la rivalidad fraterna
- Ser más funcional en los ámbitos familiar, escolar y social

Que la familia sea capaz de:
- Adquirir mayor estructura, ser más receptivos, tener una escucha empática y aprender a poner límites, claros y consistentes
- Lograr establecer nuevas formas de relacionarse con Héctor Hugo
- Ubicar a ambos niños dentro de la estructura familiar en el holón (subsistema fraterno) hijos para así mejorar la relación con y entre ellos.
- Ubicar al padre en su holón (subsistema parental) para que despliegue al máximo sus capacidades en el ejercicio de la paternidad.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Etapa inicial: Terapia de Juego Filial

A lo largo de siete sesiones, en la modalidad de Terapia de Juego Filial se observaron una serie de dificultades familiares que se repetían en el consultorio y necesitaban resolverse; entre ellas: la asistencia inconsistente del padre hasta llegar a la ausencia, la impotencia de la madre por tener que ser la única responsable de la situación familiar; así como la relación afectiva entre Héctor Hugo y su madre, la cual sólo se sustentaba en el control y la agresión, lo que hacía necesario el establecimiento de un nuevo vínculo que propiciara la diferenciación entre la reconstrucción de la relación con base en la confianza y el respeto y el establecimiento de una nueva relación que fomentara la independencia

del menor pre adolescente. Por otra parte era necesario trabajar con el padre, de manera que tuviera una participación más activa en la crianza de los hijos y en el proceso de la psicoterapia.

En el trabajo terapéutico donde se involucra a todos los miembros de la familia no se debe olvidar que cada individuo implica un cúmulo de emociones distintas y, por lo tanto, reaccionan y actúan de acuerdo a su propia historia de vida. Al principio parecía que el modelo de la Terapia de Juego Filial era el ideal para tratar el caso; sin embargo, fue sorprendente cuando se descubrió que los momentos emocionales de cada uno de los integrantes de esta familia divergían de tal manera que llegó el momento en el que el paciente prefirió proseguir su tratamiento de manera individual.

La adecuación que se aplicó al modelo fue de la siguiente:

- Sesiones terapéuticas individuales para Héctor Hugo
- Sesiones de apoyo y orientación con los padres
- Inicio del proceso terapéutico individual de la madre

En esta etapa se logro que los padres se pusieron de acuerdo para la aplicación de las reglas en casa, así como su acatamiento por parte de los niños aun cuando alguno de los progenitores no estuviera presente. Por otra parte, los padres comprendieron el por qué de algunas de las conductas de Héctor Hugo. Del mismo modo, entendieron que los niños necesitaban su propio espacio de negociación y discusión, sin que ninguno de ellos tomara partido.

Etapa intermedia: Terapia individual

El proceso terapéutico individual de Héctor Hugo tuvo una duración de 24 sesiones, una por semana. El enfoque terapéutico utilizado fue Terapia de Juego Centrada en el Niño, la cual tiene sus bases teóricas en la Terapia Centrada en la Persona, misma que cree en un sistema motivacional básico; es decir, la tendencia inherente del organismo a la autorrealización, donde el individuo se inclina a desarrollar todas sus capacidades de manera que le ayuden a mejorar su crecimiento.

Rogers (1961) y Otto Rank (1945), refieren que la terapia es un proceso destinado a ayudar a los individuos a aceptar que son los únicos responsables de su vida y que el terapeuta representa el rol de ayudante, mediador, promotor y compañero de la persona.

La técnica en la que Rogers basó sus intervenciones es el reflejo de sentimientos del paciente para que éste logre un mejor entendimiento de sí mismo sin recurrir a cuestionarlo, ya que tenía la certeza de que ese tipo de intervenciones podían interferir en el crecimiento personal.

Axline (2004), por su parte, asumió los principios rogerianos, modificó el método, reformuló los principios como una guía para ser usada en la práctica y los convirtió en una técnica de la Terapia de Juego Centrada en el Niño; cuyos principios son:

- Ser cálidos y amistosos en la relación con el niño
- Aceptar expresiones, sentimientos y decisiones del niño, cuidando que no viole ningún limite
- Crear un ambiente de permisividad para que el niño exprese sus sentimientos
- Esperar que los sentimientos del niño se expresen, así como reflejar los sentimientos ocultos para que sienta comprensión y aprenda más acerca de sus emociones y conductas
- Respetar la habilidad del niño para resolver sus propios problemas
- No dirigir las acciones, el terapeuta sigue la dirección que el niño marca. No apresurar al niño, se debe mostrar paciencia
- Establecer límites y hacer que el niño se percate de ellos

Axline, 2004 describe el proceso como una oportunidad que se le ofrece a los infantes para experimentar el crecimiento bajo condiciones más favorables; es decir, al jugar con sus sentimientos el niño los saca a flote, los encara, aprende a controlarlos o abandonarlos; al jugar libremente también experimenta un periodo de independencia a través de la acción al tiempo que reorganiza e integra sus actitudes, pensamientos, emociones y sentimientos para alcanzar la autorrealización, pero para llegar a ésta, el individuo necesita ser él mismo, aceptarse y ser aceptado por los demás.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Durante el proceso, el menor: "empieza a darse cuenta de su potencialidad, de pensar por sí mismo, tomar sus propias decisiones, hacerse más maduro psicológicamente y, con lo anterior, adquiere consciencia de su individualidad" (Axline, 2004, p.16). La toma de consciencia de la individualidad es la meta de la Terapia de Juego No-Directiva y para lograrla es necesario ofrecerle al paciente un espacio donde no se le juzgue, critique, sugiera o presione para cambiar; es decir, es menester proporcionarle un ambiente óptimo bajo condiciones de aceptación y permisividad para que pueda exteriorizar los sentimientos acumulados a fin de que los afronte, controle o abandone. Una vez conseguida la **relajación emocional**, comienza a descubrirse y aceptarse tal como es, obtiene la libertad de dirigir su propio camino y asume el compromiso de sus propias decisiones.

En el proceso terapéutico individual de Héctor Hugo se observó que le costaba trabajo contactar con sus sentimientos. Su actitud era evasiva, no establecía contacto visual y su expresión corporal se mostraba encorvada. Casi siempre recargaba un brazo en el escritorio, su tono de voz era monótono y su actitud, inexpresiva. En momentos parecía que sus emociones estaban encubiertas por sus actitudes retadoras hacia los demás; entonces, se consideró que era el momento para que empezara a despojarse de las máscaras que usaba conscientemente, esas máscaras que Rogers describe como las actitudes que no permiten llegar a ser uno mismo, ya que el individuo se oculta detrás de ellas como una manera de no permitirse sentir para que los demás no lo reconozcan vulnerable.

Considerando lo anterior, se le propuso realizar una técnica acerca de las emociones y sentimientos: la **MATEA**, la cual ayudó a Héctor Hugo a reconocer y externar sentimientos tan básicos para el ser humano como el miedo, la alegría, la tristeza, el enojo y el amor; los cuales no quería demostrar para no mostrarse vulnerable ante los demás, situación que lejos de **fortalecerlo**, lo único que hacía era impedirle darse cuenta de lo que realmente le sucedía. Gracias a esta dinámica, el paciente dejó de escudarse una y otra vez en la negación como mecanismo de defensa.

Otras técnicas terapéuticas utilizadas para lograr en el paciente la identificación con el problema y la solución del mismo fueron las que ofrece la Terapia Narrativa como historias y cartas (White & Epston, 1993). Mismas que en gran medida ayudaron al paciente a elaborar la relación con su madre como se puede apreciar en el siguiente diálogo y en la narración de **La historia del señor**

— ¿Te has dado cuenta por qué reaccionas de una u otra forma con tu mamá y con tu hermana?
— Te voy a explicar. Es que mi mamá y yo nos parecemos, por ejemplo: Ella es controladora y yo también; no admite sus errores y a mí me cuesta trabajo admitirlos. Si usa el sarcasmo, yo, también; aunque no de la misma manera. Por ejemplo, si yo le digo: "mamá te quiero mucho", ella me contesta: "no es cierto, si me quisieras me obedecerías". No me toma en cuenta y a Ana Paula, sí.
— Ahora que te das cuenta que tú y tu mamá son parecidos te contaré una historia:

Había una vez un señor que murió y al lugar donde llegó, encontró a todas las personas que había conocido mientras vivió en la Tierra: Reconoció a sus familiares, compañeros de trabajo y a algunos amigos; pero había alguien a quien no reconocía pero que, curiosamente, se podía meter en sus pensamientos. Esto le intrigaba mucho, razón por la que decidió preguntarle al encargado por qué le pasaba eso. El encargado le contestó: mire, señor, aquí tenemos unos espejos muy especiales donde usted podrá reconocer a ese personaje que no ha identificado. El señor, al verse en el espejo, descubrió que ese personaje que no identificaba era la parte de él que no le gustaba y que sólo podía ver en otra persona

— ¡Entonces todo lo que no me gusta de mí lo veo en mi mamá...!
— Probablemente has visto en tu mamá aspectos que tú también tienes y no te gustan y el hecho de no contestarle, no obedecerla o hacerla enojar, entre otras cosas, es una forma tuya de tener control.

El resultado se obtuvo a la siguiente sesión cuando el paciente externó:

— He estado pensando mucho en el señor de la historia y me doy cuenta que sí, efectivamente, veo en mi mamá lo que no me gusta de mí y mi mamá ve en mí lo que no le gusta de ella.

Por otra parte, White y Epston (1993) mencionan que las cartas desde el modelo narrativo, cuentan una historia, se estructuran para ocasiones especiales y/o están dirigidas a alguien. Asimismo, ayudan

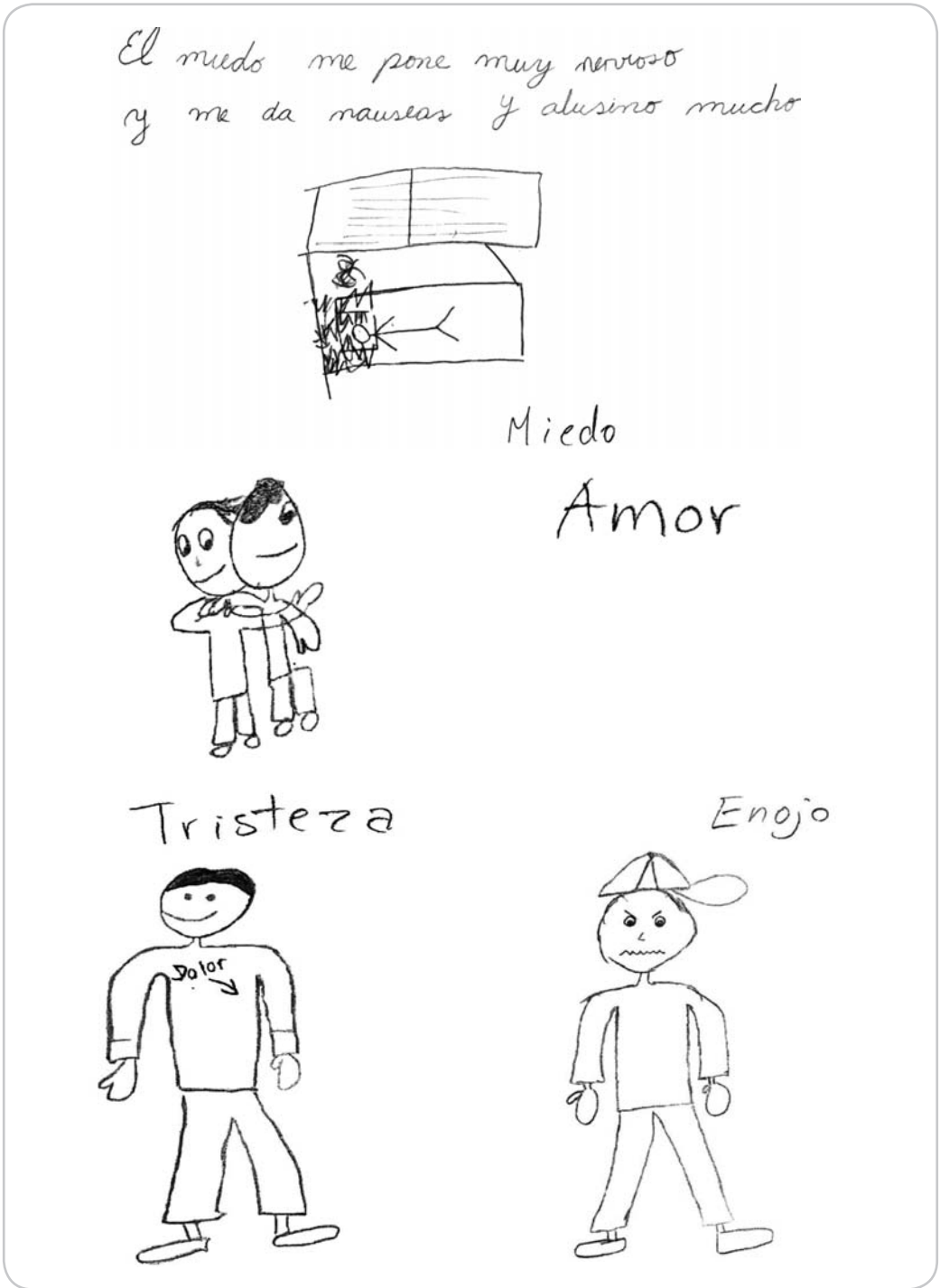
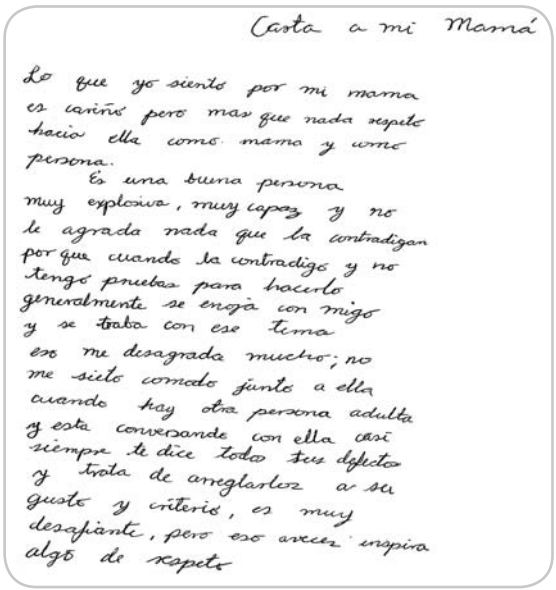


Figura C3-2. Dibujo de emociones y sentimientos (MATEA).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

a que el paciente externe lo que no es capaz de decir frente a frente, además de que las palabras escritas no se desvanecen ni desaparecen, permanecen en el tiempo para cuando el paciente desee revisitarlas.

Considerando el beneficio de esta técnica se le pidió a Héctor Hugo que escribiera una carta para su mamá:



Carta a mi Mamá

Lo que yo siento por mi mama es cariño pero mas que nada respeto hacia ella como mama y como persona.

Es una buena persona muy explosiva, muy capaz y no le agrada nada que la contradigan porque cuando la contradigo y no tengo pruebas para hacerlo generalmente se enoja conmigo y se trata con ese tema eso me desagrada mucho; no me siento comodo junto a ella cuando hay otra persona adulta y esta conversando con ella casi siempre le dice todos tus defectos y trata de arreglarlos a su gusto y criterio, es muy desafiante, pero eso aveces inspira algo de respeto

Figura C3-3. Carta a mi mamá.

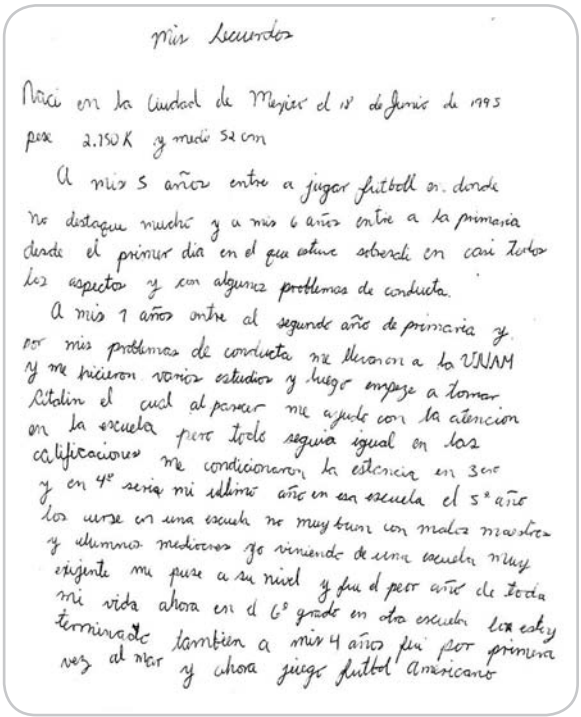
Después de estas sesiones (en las cuales se había contado la historia y el niño escrito la carta), fue entonces que en una de las sesiones de apoyo y orientación con los padres, la madre comentó que la actitud de su hijo hacia ella era muy distinta, que se le notaba más afectivo y menos desafiante.

Al mismo tiempo que notaba el cambio en su hijo, él a su vez lo estaba experimentando de manera menos amenazante, ya que contaba con la contención y comprensión de su familia y del terapeuta.

En otra ocasión Héctor Hugo llegó al consultorio, se notaba inquieto. Se veía emocionado porque estaba a punto de cumplir 12 años y comentó:

— Ya pienso diferente: ¡Ya no pateo gomas en el salón!
— Piensas y actúas diferente, ¿te has dado cuenta de ello?
— Sí, sólo que ahora hablo y pido las cosas muy feo.
— Ahora también te das cuenta de tu actuar día a día —no contestó. Se quedó pensando un instante y me dijo:
— Cuando tenía 8 años sólo pensaba en jugar. Ahora me gusta crecer.
— Has crecido física y emocionalmente.
— Ahora me gustan las niñas, me identifico con mi papá y la relación con mi mamá es diferente... Ya sé que tiene su forma de ser, y yo también, simplemente tenemos que aprender a convivir.
— Y dentro de esa convivencia también a respetar los puntos de vista de cada quien...
— ¿Sabes? También quiero crecer para ya no ser el más chico del [futbol] americano.

Se le mencionó que en esa sesión escribiría algo acerca de su persona, se le proporcionó una hoja en blanco y pidió que escribiera su biografía.



Mis recuerdos

Nací en la Ciudad de Mexico el 18 de Junio de 1995
pesé 2.150 K y medí 52 cm

A mis 5 años entre a jugar futbol en donde
no destaque mucho y a mis 6 años entre a la primaria
desde el primer dia en el que estuve estuve en casi todos
los aspectos y con algunos problemas de conducta.

A mis 7 años entre al segundo año de primaria y
por mis problemas de conducta me llevaron a la UNAM
y me hicieron varios estudios y luego empeze a tomar
Ritalin el cual al parecer me ayudo con la atencion
en la escuela pero todo seguia igual en las
calificaciones me condicionaron la estancia en 3ero
y en 4° seria mi ultimo año en esa escuela el 5° año
los cursé en una escuela no muy buena con malos maestros
y algunos medicamentos yo viniendo de una escuela muy
exigente me puse a su nivel y fue el peor año de toda
mi vida ahora en el 6° grado en otra escuela los estoy
terminando también a mis 4 años fui por primera
vez al mar y ahora juego futbol Americano

Figura C3-4. Mis recuerdos.

Tardó un poco en empezar:
Qué rápido pasa el tiempo...
Mientras escribía lo ocurrido a los siete años, comentó: pienso que todo lo que escribo son tonterías.
—Para mí, no. Lo que tú escribas es muy importante.

Prosiguió con su escrito y ya no se detuvo hasta terminarlo. Se le pidió que lo leyera en voz alta. No se observó alguna expresión de sentimientos, su lectura fue poco emotiva. Cuando terminó se le preguntó:

— ¿Qué piensas de lo que has escrito?
— Casi todo lo que he escrito es de la escuela —dijo al tiempo que observaba la hoja—. Recuerdo que a mis cuatro años fui por primera vez al mar... ¡Lo escribiré...!
— Recuerdo que ya en varias ocasiones has mencionado esa salida al mar con tu familia.
— Sí... y es cuando mi hermana Ana Paula se perdió y creí que yo tenía la culpa, por eso ya no vamos a Acapulco.

Se intentó profundizar un poco más sobre la autobiografía y se observó que Héctor Hugo no lo deseaba; sin embargo, continuó hablando:

— Estoy ansioso por cumplir años, porque ahora ya no voy a ser el más chico del futbol americano. Aparte de que soy nuevo, soy el más chico y no me gusta.

Escucharlo dio pie para tocar el tema de las etapas por las que una persona tiene que pasar aunque no le gusten:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

— ¿Te das cuenta que no siempre eres el centro de atención y que esta etapa ha sido difícil porque no pudiste establecer tu **propia ley**? Siempre habrá gente, en cuestión de rangos, arriba y abajo de ti. Esta etapa pudo no haberte gustado, como muchas otras en tu vida. Sin embargo, el tiempo y tu aprendizaje hicieron que la superaras.

Finalmente, el origen de la relación conflictiva con su hermana quedó comprendido por el paciente gracias al siguiente diálogo:

— También he pensado que en la escuela y en mi rendimiento no soy igual que mi hermana y que cuando mi mamá se enoja conmigo, ella hace todo lo posible por contentarla y eso me enoja.
— ¿Te enoja que ella sí pueda contentar a tu mamá y tú no?
— Sí, eso creo.
— Probablemente por eso molestas a tu hermana, porque sabes que eso hará enojar a tu mamá...
— Sí, eso es lo que sucede.
— Recuerdo que cuando tú y tu mamá discutieron aquí, tu hermana no se inclinó hacia ninguno de ustedes.
— Bueno, creo que tiene cosas buenas, como un día que me porté mal y me castigaron y ella me llevó la comida a escondidas. Como te digo ella tiene cosas buenas...
— O como cuando tu mamá no se despidió de ti y ella te dijo adentro de la escuela que te quería mucho...
— Es cierto. Pero ella tiene lo que yo no: Va bien en la escuela, se lleva bien con mi mamá...
— ¿Y eso que te hace sentir?
— ¡Envidia! Desde chiquito, porque mi mamá no se enoja con ella...
Recuerdo un día que vinimos todos —se refería a la sesión de juego diagnóstico —Cuando vinimos todos sentí algo que me permitió saber qué sentían los demás… al darme cuenta de eso creo que la relación mejoró un poco... creo que bastante... También cuando vine aquí con mi hermana y me dijo que me quería mucho, también cambió la relación.

Gracias a la intervención terapéutica, el paciente modificó la percepción de la relación acerca de su hermana. Al final reflexionó:

— Yo creía que mi hermana me odiaba o me tenía rencor, me di cuenta que le dolían las cosas que pasaban y en ocasiones se sentía desesperada por los conflictos que yo tenía con mi mamá y no sabía qué hacer. Ahora la relación es más nivelada. Ella se ha vuelto curiosa y quiere saber todo de mis cosas, pero la amo... Aunque antes no era muy amable conmigo, ahora es más medida... Pero veo que mi hermana no anda bien... como cuando yo andaba mal. Ahora ella tiene problemas en la atención y en las calificaciones. Ahora ella está sola, mi mamá y mi papá están conmigo estudiando llora mucho, es increíble verla así ahora... Ella quiere que la comprendan. Ahora cuando la regañan sé cómo se siente.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

El trabajo directo con padres dentro de la psicoterapia infantil es un recurso valioso al cual los terapeutas pueden recurrir en beneficio del paciente; en el caso particular de los niños con TDA/H, es imprescindible contar con su participación, ya que son ellos quienes en un momento dado llegan a sentirse impedidos para manejar las conductas de su hijo, lo cual puede desencadenar situaciones conflictivas entre la pareja y los demás miembros de la familia.

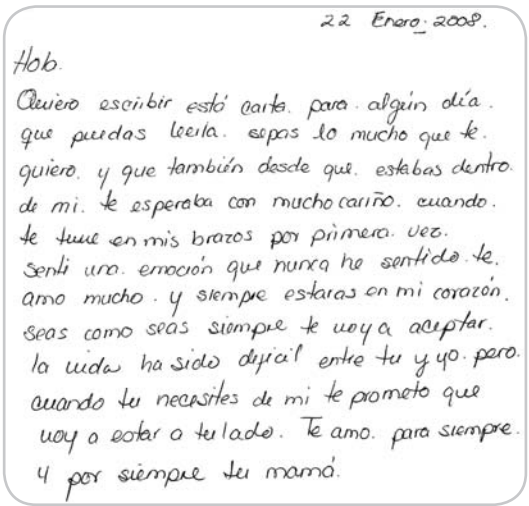
La situación afectiva de esta familia era cada vez más conflictiva y desesperante para Héctor padre y Guadalupe, quienes conocían el diagnóstico de Héctor Hugo, pero no comprendían por qué el medicamento no **surtía efecto** dentro de sus relaciones, tanto intrafamiliares como sociales.

Así, pues, con el sustento de autores como Solloa (2001), Amador (2006) y Gratch (2003), se decidió que lo más pertinente era no quedarse sólo con el diagnóstico y su medicación, el cual debió

haberse administrado a la par el proceso psicológico y la orientación parental; era necesario integrar a la brevedad posible dichos tratamientos.

Para esta familia el trabajo filial resultó una buena opción, pues proporcionó a los progenitores ese apoyo que les hacía falta (a través de la implementación de estrategias), como familiar (ubicación adecuada de cada integrante en su holón y que Héctor Hugo dejara de ser el **problema** de la familia) y humanista (que permitieran la autorrealización de su hijo). En cuanto al paciente, éste logró un crecimiento emocional y, con ello, sus relaciones intrafamiliares se tornaron menos conflictivas.

Gracias a las sesiones de Terapia de Juego Filial, Héctor padre y Guadalupe cambiaron la perspectiva sobre su hijo; ambos realizaron una minuciosa revisión de lo que hacían o dejaban de hacer en su relación con él, la madre descubrió que, en su afán de que Héctor Hugo no tuviera problemas y fuera **feliz**, le resolvía todo y no le permitía desplegar al máximo sus capacidades, al mismo tiempo que aprendió a demostrarle su amor y a aceptarlo con sus defectos y virtudes.



22 Enero 2008.

Hola.

Quiero escribir esta carta para algún día que puedas leerla. sepas lo mucho que te quiero. y que también desde que estabas dentro de mi. te esperaba con mucho cariño. cuando te tuve en mis brazos por primera vez. sentí una emoción que nunca he sentido. te amo mucho. y siempre estarás en mi corazón. seas como seas siempre te voy a aceptar. la vida ha sido difícil entre tu y yo. pero. cuando tu necesites de mi te prometo que voy a estar a tu lado. Te amo. para siempre. y por siempre tu mamá.

Figura C3-5. Carta de mamá.

A su vez, Héctor padre percibió la necesidad de insertarse en la dinámica familiar, mantener un contacto más cercano con su familia y poner de manifiesto su liderazgo parental.

La ausencia, o desentendimiento, de uno de los progenitores puede pasar **desapercibida** para el resto de la familia (o en su caso, se adaptan a la situación); no así en la terapia, pues, como quedó demostrado, el conflicto familiar, tal como se manifestaba en casa, se repetía una y otra vez dentro del consultorio con la madre y los hijos debido a la ausencia de la figura paterna, la cual no permitía desenmarañar esa asfixiada díada madre-hijo.

Por otra parte, trabajar con el modelo filial permitió capacitar y orientar a los padres. Gracias a este aprendizaje, Héctor padre y Guadalupe también descubrieron nuevas formas de relacionarse entre ellos, por ejemplo: escuchar sus necesidades, reconocer sus capacidades y respetar su individualidad; cuestión que incidió, además, en el cambio del discurso, que para ese entonces sólo giraba en torno al TDAH-I.

Asimismo, tanto Héctor padre como Guadalupe, comprendieron que eran fundamentales agentes de cambio en el proceso de Héctor Hugo y, si bien cada uno lo entendió a su manera, lo trascendente es que aplicaron lo aprendido y aunque Héctor padre mostró inestabilidad durante el proceso filial, al final logró cimentarse como una figura significativa para Héctor Hugo. La madre, a quien le resultó más difícil el recorrido a lo largo del proceso, discernió que tenía que participar, pero desde afuera, sin que ello significara que no estuviera presente en la vida de Héctor Hugo; comprendió también que ella requería de su propio espacio terapéutico para resolver sus conflictos personales.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

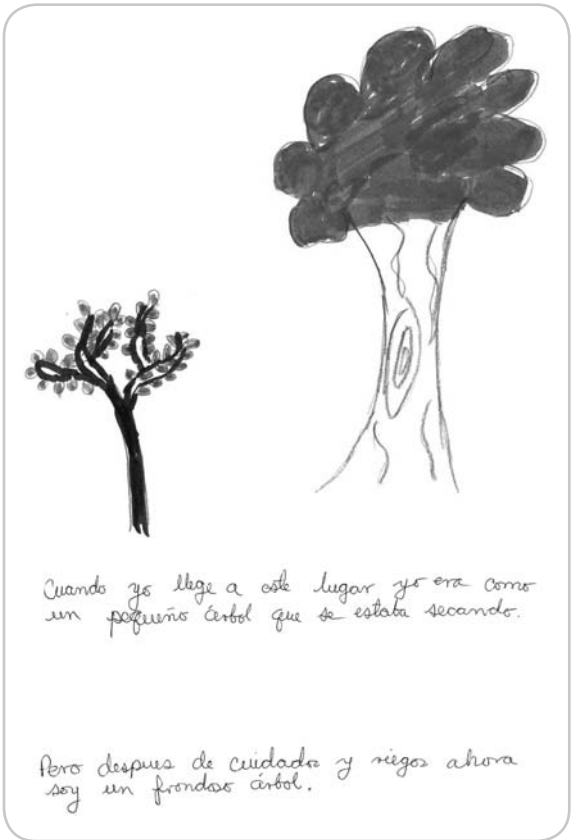


Figura C3-6. Antes y después (los árboles están iluminados de color verde y café).

Los alcances de la Terapia de Juego Centrada en el Niño en el caso de Héctor Hugo se vieron reflejados, por una parte, en el paulatino fortalecimiento de su autoestima. Como él mismo lo plasmó en su dibujo de seguimiento: "cuando yo llegué a este lugar yo (*sic*) era como un pequeño árbol que se estaba secando, pero después de cuidados y riegos ahora soy un frondoso árbol".

Por otra parte, su relación fraterna cambió y mejoró cuando él comprendió que el origen del enojo hacia su hermana estribaba en sus constantes actitudes melosas y condescendientes con la mamá y sus consecuentes alianzas; su disgusto disminuyó a medida que se dio cuenta de las dificultades que implicaba para la niña estar en medio de la disyuntiva mamá-hermano o cuando aquilató los momentos en que ésta se mostraba solidaria cuando a él lo regañaban o castigaban. Al final, Héctor Hugo mostró empatía hacia su hermana al ver que ella, tal como le había sucedido a él, también podía tener problemas.

No se debe perder de vista que los procesos terapéuticos de los infantes llegan a confrontar a los adultos con su propia historia, por lo que en ocasiones es necesario que ellos, a la par que trabajan con el terapeuta infantil, cuenten con su propio tratamiento psicológico. Se hace hincapié en lo anterior debido a que en este caso particular Guadalupe acudió a terapia individual durante el proceso de su hijo.

Cabe mencionar que en una de las sesiones filiales, el paciente le pidió a su mamá que le concediera su espacio tanto en la casa como en el consultorio, situación que en ese momento derivó en un mayor distanciamiento emocional. Sin embargo, una vez concluido el tratamiento, durante la sesión de cierre

el propio niño pidió compartir el espacio terapéutico con su mamá para jugar, situación que no se había presentado con anterioridad. No se debe olvidar la relevancia que reviste el juego para los niños: ya que a través de éste el niño conoce la realidad y el mundo de los adultos. Esta idea queda reforzada con lo dicho por la Maestra Esquivel (2005) acerca de que es de vital importancia para el desenvolvimiento integral del niño, ya que le permite desarrollar las áreas psicomotriz, cognitiva, lingüística, afectiva y social; así como con lo afirmado por Winnicott (1999):"…Pero también el juego afirma al Yo".

SEGUIMIENTO

Etapa final

El seguimiento terapéutico se realizó tres meses después de su egreso (enero del 2008), mismo que fue dividido de la siguiente manera: Una sesión con el paciente en la que se realizó la evaluación psicológica individual, una sesión con la madre y una sesión con Héctor Hugo y su hermana.
El seguimiento terapéutico del paciente y su familia se llevó a cabo después de tres meses de su egreso (enero del 2008), en el que también se realizó la evaluación psicológica individual del paciente.

Evaluación psicológica individual

Se le pidió al paciente que dibujara, nuevamente, a una persona completa (dibujo de la figura humana) y su familia (dibujo de la familia), así como sus respectivas historias.

Resultados

Una vez practicadas las pruebas, éstas arrojaron que después de haber transitado un largo recorrido de situaciones difíciles a nivel familiar, médico y social, Héctor Hugo había observado cambios a nivel personal, familiar y social.

Tras el proceso terapéutico, finalmente logró sentirse aceptado, reconocido, tanto en sus habilidades como en su persona; además, se sintió querido y, por ende, integrado a su núcleo familiar y, por extensión, a su círculo social.

Héctor Hugo se encontraba emocionalmente estable. Sus sentimientos de seguridad estaban notablemente fortalecidos, lo que le permitía reconocer con claridad sus capacidades y darse cuenta de sus alcances y limitaciones sin que esto le hiciera perder el control fácilmente; situación que lo hacía sentir en paz y tranquilo consigo mismo. Para ese momento ya era capaz de visualizar un futuro con proyectos y metas propias, pues había dejado atrás su único objetivo de vida: mejorar la relación con su hermana y mamá, indicativo de que dicha relación había quedado resuelta. De igual modo, logró identificarse con su figura paterna, quien, entre otras cosas, le reconocía su inteligencia. A su vez Héctor Hugo también comprendió y entendió la forma de ser de su papá y reconoció que había cosas en las que no iba a cambiar ya que sabía y comentaba –mi papá es impredecible.

También se observó que el holón parental estaba unido, ejerciendo cada cual su paternidad y autoridad, y la jerarquía entre hermanos ya no estaba alterada, cuestión que sí estaba presente al inicio del tratamiento. Todo esto indicaba que la estructura familiar se había equilibrado y que la familia fungía como tal: bloque parental y bloque fraterno.

Finalmente, Héctor Hugo había desarrollado su capacidad de empatía al percibir lo que en ese justo momento le estaba sucediendo a su hermana. Todo esto confirmó lo establecido por Rogers: una terapia exitosa tiene como resultado una baja de actitudes negativas y un incremento de las positivas y, de igual modo, da paso a la autoaceptación y la aceptación de los demás. Para Héctor Hugo esto significó que experimentara llegar a ser quien realmente era, de manera consciente y abierta, con

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

lo que disminuyeron sus actitudes de defensa. A fin de cuentas, este momento se convirtió en un factor importante para que pudiera emerger en la terapia.

REFERENCIAS

Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Ávila, C. & Polaino, A. (2002). *Niños hiperactivos: comportamiento, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. México: Alfaomega Grupo Editor.

Axline, V. (2004). *Terapia de Juego*. México: Diana.

Barragán, P. (2003). *El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones* (2ª ed). México: Altius.

Caldera, M. (2004). *Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad*. Revista de la Dirección de Psicopedagogía para trabajadores de Educación Jalisco. Serie Cuadernos Psicopedagógicos. México: Secretaría de Educación Jalisco.. Recuperado el 20 abril de 2008 de: http://educacion.jalisco.gob.mx/ dependen/Psico/CuadernoPEDAGOGIA%201.pdf

Esquivel, F. (2005). *El Juego*. México: Instituto de Juego y Psicoterapia.

Gratch, O. (2003). *El trastorno por déficit de atención, ADD-ADHD: Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia la adolescencia y la adultez* (3ª ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana.

Guerney, B. Jr. (1964). Description and Rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28* (4), 303-310. Recuperado de: http://www.aepap.org/atencion/ documentos/nimhspadhd.htm

Huessy, H. (1974). The adult hyperkinetic. *American Journal of Psychiatry, 131*, 724-725.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, España: Gedisa.

Neufeld, P. & Foy, M. (2006). Historical reflections on the ascendancy of adhd in North America, c. 1980-c.2005. *British Journal of Educational Studies, 54* (4), 449-470.

Neuwirth, S. (1996) *Trastorno Hiperactivo de Déficit de Atención*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U.A. Servicio Público de Salud. Institutos Nacionales de Salud. Instituto de Salud Mental. Publicación NIH no. 97-3572-S. Recuperado el 16 de mayo de 2008 de: http://www.aepap.org/atencion/ documentos/ nimhspadhd.htm

Oaklander, V. (2002). *Ventanas a nuestros niños: terapia gestáltica para niños y adolescentes* (7ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Uriarte, V. (1998) *Hiperquinesia*. México: Trillas.

Rank, O. (1945). *Will Therapy, truth and reality*. New York: Knopf.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1991) *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*México: Paidós.

Roselló, B., Amado, L. & Bo, R. (2000). Patrones de comorbilidad en distintos subtipos de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología, 1*, 191-192.

Solloa, G. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.

Van Fleet, R. (2000). *Terapia deJuego Filial, manual para padres, construyendo familias fuertes mediante el juego*. Boiling Springs, PA: Play Therapy Press.

Wallace, N. (2005). The Perceptions of Mothers of Sons whith ADHD. *Journal Australian and New Zealand of family and Therapy, 26* (4), 193-199.

Wells, N., Epstein, N., Hinshaw, S., & Conners, C. (2000) Parenting and Family Stress Treatment Outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An Empirical Analysis in the MTA Study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28* (6), 543-553.

West, J. (2000). *Terapia de Juego Centrada en el Niño* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.

White, M. & Epston, D. (1993*). Métodos narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.

William E. Pelham, Jr., W. & Gnagy, E. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews 5*: 225–236.

Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego* (7ª reimpresión). Barcelona, España: Gedisa.

CASO 4.
TRASTORNO DE ANSIEDAD

"Yo no soy gris, amarillo o blanco…"

Beatriz Adriana Sánchez García
Psicoterapeuta Infantil
Instituto de Juego y Psicoterapia A.C.

Se presenta el caso de Renato, un niño de ocho años de edad quien presentaba **tricotilomania**, ansiedad, problemas de conducta en la escuela, poca confianza en sus capacidades y dificultades para el establecimiento de relaciones interpersonales. Se abordó el caso a través de un enfoque integrativo o normativo en el que se fueron adaptando diferentes técnicas para el problema en particular, además de incluir a los padres en el proceso terapéutico; mismo que tuvo una duración aproximada de un año. Dentro de los logros terapéuticos se encuentran la disminución de la ansiedad presentada por el niño, el fortalecimiento de su autoestima y autoconfianza, así como de la relación con sus padres, en especial con su papá. Esto permitió que los problemas de conducta en la escuela disminuyeran y la expresión de sus sentimientos y el establecimiento de relaciones cercanas y armoniosas con las personas de su ambiente se fortalecieran.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Renato es un niño cuyo físico corresponde a su edad cronológica (ocho años al momento de iniciar el proceso terapéutico); es de tez blanca y cabello castaño oscuro (era evidente la falta de cabello en una parte de la zona occipital izquierda). Cursaba el segundo de primaria en un colegio particular de la ciudad de México donde reportaban problemas de conducta, complicación para relacionarse con sus compañeros y falta de atención; aunque no mencionaban dificultades en las calificaciones del menor.

Él y su familia son originarios de esta ciudad. Renato es el segundo hijo de una familia compuesta por sus padres y dos hermanos, también varones; Fernando es dos años mayor que él y Antonio es cuatro años menor.

Es importante mencionar que Renato anteriormente había estado en un proceso terapéutico de corte psicoanalítico con una duración aproximada de dos años, debido a que en la escuela lo reportaban inquieto y desobediente. Los padres acudieron 10 meses antes de iniciar el trabajo en este espacio; a una entrevista donde expresaron su deseo de terminar el proceso anterior e iniciar con un terapeuta distinto, ya que sentían que la forma en que se estaba llevando el caso no estaba resultando la más adecuada para el niño y para ellos. Manifestaron el deseo de ser incluidos en el proceso e informados sobre el mismo de manera constante, para así tener un parámetro de lo que se estaba trabajando y del estado del menor.

Además de las dificultades antes mencionadas, en el proceso terapéutico anterior también se trabajó en torno a la tricotilomanía que el niño presenta desde los cinco años y medio. Los padres reportaron que este problema continuaba presentándose, aunque habían pasado por periodos en los cuales el problema había sido menos frecuente.

De acuerdo con Palmer, Yates y Trotter (1999) la tricotilomanía es un trastorno conductual caracterizado por el arranque repetitivo de pelo que causa notable alopecia. El DSM-IV la clasifica

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

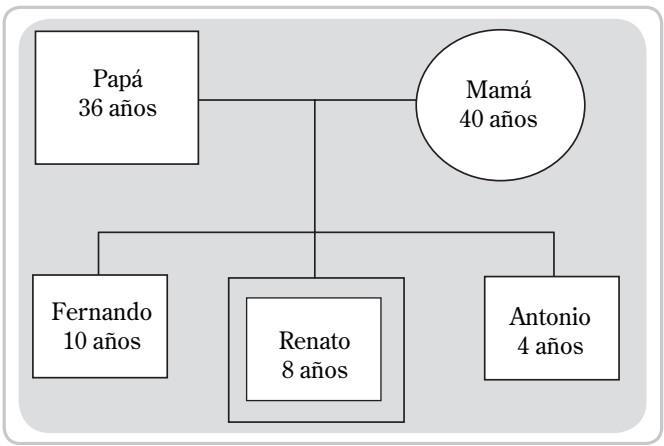


Figura C4-1. Familiograma.

como un trastorno del control de los impulsos, que requiere la presencia "de un sentido creciente de tensión inmediatamente antes de sacar el pelo seguido del placer, la satisfacción, o el alivio al momento de sacarlo" (King, 1995, en Palmer, Yates & Trotter, 1999).

Generalmente estos pacientes se jalan pelos del cuero cabelludo, cejas, o pestañas y en algunos casos puede ser el vello axilar o pubiano. Los reportes clínicos describen dos subtipos de tricotilomanía: uno que aparece en niños menores de seis años de edad, de carácter benigno, autolimitado o fácilmente tratable con modificación de conducta. Frecuentemente estos casos se ven asociados con chuparse el dedo durante periodos de poca o baja estimulación, por ejemplo en la siesta o al dormirse en la noche. El segundo tipo aparece en niños mayores y adolescentes, generalmente se instala como una condición crónica y es muy probable que vaya asociada a trastornos de ansiedad o depresión.

Salmen (2006) menciona que en cualquier caso el clínico debe investigar la presencia de **tricofagia** (comerse el pelo) para prevenir o descartar un **tricobezoar** (cúmulo de pelos en las vías digestivas). Condición que Renato no presentaba.

MOTIVO DE CONSULTA

Los padres de Renato reportaron como dificultades principales la tricotilomanía y los problemas de conducta en la escuela que ocasionaban que fuera señalado por sus profesores y compañeros, mismos con quienes le costaba relacionarse. No obstante, sus calificaciones no se encontraban afectadas. En el caso de la tricotilomanía, mencionaron que se presentaba cuando el niño estaba tenso o molesto. Habían recurrido a cortarle el cabello muy chiquito para "evitarle la tentación" lo que consideraron les dio buenos resultados.

Comentaron que anteriormente Renato estaba demasiado agresivo, inquieto, "a la defensiva y molesto", pero que estos síntomas habían mejorado probablemente debido a la maduración del niño. No obstante eran conductas que continuaba presentando aunque en menor grado. En la escuela lo reportaban como un niño inquieto, que no permanecía sentado en su asiento y que en ocasiones, le costaba esperar su turno. Cabe mencionar que el colegio se regía por altos niveles de exigencia en cuanto a la disciplina.

Asimismo, los padres proporcionaron los resultados de una valoración que se le había hecho al niño, por lo que no se consideró necesario reevaluar en ese momento; aunque si se les mencionó que más adelante se haría un estudio psicológico para evaluar las nuevas condiciones del menor (los resultados se mencionarán más adelante).

Se comentó con ellos que antes de iniciar un nuevo proceso terapéutico, era conveniente que le comunicaran al actual terapeuta del niño su decisión de finalizarlo, para que éste tuviera la oportunidad de cerrar el caso y despedirse del niño. Asimismo se les indicó que era importante platicar con Renato sobre esta decisión e informarle que asistiría a un nuevo lugar y con una nueva terapeuta para recibir atención.

Ellos estuvieron de acuerdo con estas sugerencias e hicieron mucho hincapié en la necesidad que tenían de que fueran incluidos en el proceso y se les comunicara de forma constante sobre el manejo y los avances de su hijo.

Después de 10 meses de esta primera entrevista con los padres, se tuvo la oportunidad de platicar nuevamente con ellos para saber si había existido algún cambio en la conducta del niño. Los padres no reportaron cambios relevantes. Terminaron el proceso terapéutico anterior unos meses después de acudir a la primera entrevista con la terapeuta y se tomaron un descanso antes de comenzar con el nuevo proceso.

En la primera sesión que se tuvo con Renato, éste se mostró muy reservado. No obstante muy cerca del final de la sesión se le sugirió dibujara la razón por la cual él pensaba que lo habían llevado sus papás a esta terapia. Renato contestó que por un problema, pero que no sabía dibujar. Después de decirle que él podía expresarlo como quisiera, que no necesariamente tendría que ser un dibujo, escribió: "me jalo el pelo" y colocó una calcomanía con forma de estrella en un extremo del papel.

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Se reportó que las dificultades presentadas por Renato se presentaron desde los 4 años aproximadamente, época que coincide con el nacimiento de su hermano menor, un cambio de domicilio y el ingreso a la escuela.

La madre refiere que aunque el embarazo fue planeado, durante el mismo estuvo bajo tensiones muy fuertes, pues en esa época su esposo por cuestiones de trabajo, vivía en Guadalajara. Ella trabajó hasta los siete meses de gestación y viajaba constantemente para visitar a su esposo. Cuando le era posible, él se trasladaba a la ciudad de México para estar con su familia.

Renato nació por cesárea, obtuvo una calificación APGAR de nueve, pesó 3.100 kg, y midió 50 cm. No se reportaron problemas posnatales. Fue alimentado con leche materna hasta los cuatro meses no existiendo dificultades al momento de cambiar a leche de fórmula y en su momento, a alimentos sólidos; la madre refiere que cuando el niño quería comer pedía gritando que se le alimentara. Tomó biberón hasta los tres años y no usó chupón, no obstante se chupaba el dedo.

Renato durmió en el cuarto de sus padres hasta el año y medio, no reportaron problemas importantes al momento de trasladarlo a su recámara. El control de esfínteres se dio entre los dos y los tres años; el entrenamiento duró aproximadamente dos meses.

Los padres mencionan que su desarrollo motor ha sido normal; tanto fino como grueso. Comentan que siempre ha tenido mucha fuerza física (para correr, trepar, saltar). A los siete meses comenzó a gatear y a los diez a caminar. Actualmente practica fútbol y básquetbol, siendo éste último su preferido.

En cuanto al lenguaje, éste es calificado por sus padres como un poco retrasado; ya que comenzó a decir sus primeras palabras al año cinco meses. Actualmente, sólo tiene dificultad para pronunciar bien la letra r. No obstante, se expresa de manera adecuada para su edad.

Los padres también mencionan que Renato no mostró problemas para relacionarse con las demás personas cuando era bebé y lo describen como sociable. Asimismo manifiestan que era un niño muy insistente cuando quería algo; que era muy inquieto y difícil de cuidar.

Durante aproximadamente tres años, el padre del niño sólo estuvo conviviendo con él y su familia los fines de semana ya que, como se ha mencionado, se encontraba fuera de la ciudad de México trabajando. Reportan que durante esta época, el niño estuvo muy apegado a su madre y que se mostraba temeroso cuando veía a su padre, ya que él solía llamarle la atención. La madre menciona que ella también resintió la ausencia de su esposo y que piensa que esto pudo haber afectado al niño.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En cuanto a los antecedentes familiares, los padres comentan que tienen parientes que han presentado algún síntoma que pudiera guardar relación con los presentados por Renato. Indican que un primo ha mostrado falta de atención, que una tía abuela ha tomado medicamentos para la depresión y que uno de sus tíos es un poco ansioso.

Es importante mencionar que cuando el niño tenía cinco años, le recetaron Imipramina durante 15 días ya que los padres acudieron con un paidopsiquiatra para que evaluara al menor por la presencia de tricotilomanía y ansiedad. Después de cumplir con la dosis prescrita, los padres refieren que no se le ha vuelto a medicar.

Actualmente los padres consideran que el nivel de comprensión de instrucciones que muestra su hijo es más adecuado para su nivel de edad, ya que antes le costaba mucho trabajo obedecer. Piensan que lo anterior se debe a que el niño era demasiado inquieto y distraído, conductas que han mejorado considerablemente.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Como se mencionó, resultaba evidente la falta de cabello en el lado izquierdo de la cabeza del menor, lo que provocaba que se sintiera avergonzado. Aunque en la sesión inicial Renato se mostró retraído y callado, conforme las sesiones transcurrieron, se fue mostrando inquieto y con límites escasos. Era complicado que entrara al consultorio, pues se ponía a jugar en las escaleras próximas al mismo. Sin embargo, una vez en sesión, el niño trabajaba sin muchas dificultades. No le gustaba hacer trabajos como dibujar o escribir sobre algunos temas que se iban tratando en las sesiones; sin embargo, la mayoría de las veces, colaboró con lo que fue necesario.

Poco a poco fue mostrando actitudes retadoras, no obstante siempre fueron una manera de probar hasta dónde era aceptado; ya que una vez que comprobaba que su conducta no tenía un efecto negativo, se tranquilizaba y cambiaba de actitud. Inicialmente, fue difícil que Renato hablara acerca de sus sentimientos y temores, de aquello que él consideraba la causa de que se jalara el cabello, sin embargo, poco a poco se logró establecer con él una relación cercana y cálida y aprendió a confiar tanto en la nueva terapeuta como en sus padres, lo que ayudó a Renato a cambiar su actitud.

Siempre mostró desconfianza de su medio y de sus propias capacidades. Era muy común que expresara no saber o no poder hacer algo con tal de evitar la posibilidad a fallar, misma que elevaba su ansiedad. Su miedo a fallar se hizo presente a lo largo del proceso. En ocasiones, se comportaba agresivo o enojado como una forma de evadir lo que se le solicitaba. De acuerdo con Aguilar (2002) el enojo en ocasiones se utiliza como defensa en contra de sentimientos dolorosos, como el fracaso, una autoestima pobre o la ansiedad. En estos casos, el enojo puede servir al niño para protegerlo del juicio de los demás, manteniéndolo a distancia.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Se consideró que la mejor opción para trabajar con Renato era la Psicoterapia de Juego Integrativa o Normativa, ya que en ésta la meta del terapeuta consiste en elaborar un plan de tratamiento individualizado que corresponda a las necesidades y situación del paciente y, por tanto, es probable que de esta manera se optimice el beneficio terapéutico.

Psicoterapia Integrativa o Normativa es un término que se emplea para describir métodos con los que se busca adecuar la aplicación de las intervenciones psicológicas a los pacientes en lo individual. La aproximación normativa ecléctica a la Terapia de Juego busca incorporar las teorías y técnicas de diversos enfoques teóricos en un marco general que facilite el desarrollo de estrategias de tratamiento específicas para el paciente (Schaefer, 2005).

Mediante la Terapia de Juego el niño aprende a conocer el mundo de los objetos, a sí mismo y a los demás; expresa sus necesidades y deseos; revela quejas, temores, estados de ánimo, que no

puede comunicar a los demás directamente; descarga ansiedades y tensiones que no le resultan posibles exteriorizar de otra manera; maneja y controla situaciones negativas y dolorosas, asimila acontecimientos cotidianos difíciles de aceptar y elabora situaciones o experiencias traumáticas (Schaefer & O'Connor, 1997).

De acuerdo con Landreth (1996) la Terapia de Juego proporciona un ambiente de aceptación, no amenazante, en el cual los niños son capaces de expresar sus miedos y ansiedades a través de la seguridad del juego simbólico.

Por otro lado autores como Padilla (2003), mencionan que el juego es el mejor camino para analizar y comprender la conducta infantil. El juego es un medio por el cual es posible llegar a diagnosticar al niño, ya que al jugar manifiesta la naturaleza de su personalidad y su carácter (sin ficción ni hipocresía), su temperamento y reacciones. Es un medio utilizado por los niños para aprender y relacionarse con su ambiente.

Para Bañeres *et al.* (2008) el juego es una pieza clave en el desarrollo integral del niño ya que guarda conexiones sistemáticas con lo que no es juego; es decir, con el desarrollo del ser humano en otros planos como son la creatividad, la solución de problemas, el aprendizaje de papeles sociales. El juego no es sólo una posibilidad de autoexpresión para los niños, sino también de autodescubrimiento, exploración y experimentación con sensaciones, movimientos, relaciones, a través de las cuales llegan a conocerse a sí mismos y a formar conceptos sobre el mundo.

Estos autores mencionan que estructuralmente el juego está estrechamente vinculado a las cuatro dimensiones básicas del desarrollo infantil: psicomotora, intelectual, social y afectivo-emocional.

Así, se llegó a la conclusión de que el modelo integrativo o normativo permitiría contar con más recursos en la psicoterapia de juego, para de esta manera obtener mejores resultados al tratar las dificultades presentadas por Renato.

OBJETIVOS Y METAS

De acuerdo con el motivo de consulta manifestado por los padres, sus demandas, los antecedentes tanto de sus dificultades como de los tratamientos previos y la descripción del comportamiento del menor, se determinaron los siguientes objetivos y metas terapéuticos:

1. Identificación, expresión y manejo de sus sentimientos. Se planearon estrategias con el fin de ayudar a Renato a identificar y expresar los diferentes sentimientos que es posible experimentar con mayor frecuencia, como lo son la alegría, el enojo, el miedo, la tristeza y el amor, entre otros. Era importante que el niño los reconociera y expresara, ya que esto le ayudaría a tener un mejor control sobre ellos y en consecuencia, sobre su conducta.

   Los niños tienen que aprender que no sólo está bien experimentar cualquier sentimiento que se tenga, sino que también expresarlo es muy importante. Estos niños necesitan saber que los sentimientos no son buenos ni malos, sino que simplemente son y que uno puede interpretarlos de maneras distintas. Algunos niños necesitan aprender a identificar primero y después a expresar sus emociones y sentimientos ya que, en ocasiones, tienden a confundirlos (Aguilar, 2002).

   Siguiendo a López (2007) el autocontrol es la habilidad que tienen las personas de inhibir un deseo o un impulso para realizar una conducta específica; es la capacidad de dirigir, equilibrar y expresar en su justa proporción las emociones. Éste no implica negar o reprimir las emociones, sino lograr la expresión adecuada de las mismas. Para eso se requiere leer la información que envía el cuerpo cuando se enfrenta a una determinada situación, estar alerta a la emoción que se puede producir, experimentarla sabiendo con claridad cuál es el comportamiento que se desea tener y qué actitud asumir a partir de esta reflexión.

   El autocontrol determina que los individuos presenten conductas adecuadas para el contexto o momento social en el que se encuentran. Implica que el individuo conoce las normas que rigen la dinámica del mundo social en el que está inmerso. Este conocimiento lo alcanza mediante la interacción con otros, especialmente con los padres, los maestros y otras figuras de autoridad.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

2. Fortalecimiento de su autoestima, con el fin de que Renato se considerara una persona valiosa, capaz de hacer frente a las dificultades que se le presenten en la vida cotidiana, así como de establecer relaciones sanas y constructivas tanto con los adultos como con otros niños de su edad.

   De acuerdo con González y López (2009) la autoestima es el sentimiento más profundo que construye la persona sobre el valor que da a sí misma; es experimentarse como alguien valioso y competente para salir adelante de las experiencias propias y sentirse merecedor de sus logros. Está basada en la consciencia que tiene un individuo sobre sus habilidades, virtudes, características personales y sus errores.

   Cuando una persona tiene una adecuada autoestima experimenta cada aspecto de la vida de manera positiva y constructiva, es capaz de enfrentar los retos en forma productiva, utiliza los propios recursos en las etapas de crisis para salir adelante, y es capaz de disfrutar más sanamente su vida.
3. Incrementar la confianza en sí mismo. De acuerdo con López (2007) es la habilidad que le permite al individuo creer en sus capacidades y destrezas. Refleja qué tan capaz y eficiente se cree una persona para cumplir una labor. Este concepto está íntimamente relacionado con el de la autoestima, porque la imagen que se tiene de sí mismo afecta la manera como el individuo se proyecta en diversos contextos y la forma en cómo percibe su desempeño.

   La importancia de esta habilidad radica en que el comportamiento del individuo, las decisiones que toma, las relaciones sociales que establece y la manera en como las maneja se ven afectadas profundamente por la confianza en sí mismo; ya que, de acuerdo a esta autora, ésta es quizá el eje de las habilidades sociales.
4. Disminución de la ansiedad. Se planteó trabajar en torno a la ansiedad que Renato presentaba con la finalidad de identificar qué la causaba, así como brindarle estrategias para el manejo de la misma. De esta manera, se buscó que la tricotilomanía remitiera.

   En relación a la ansiedad, Uriarte (1997) expone que ésta es un mecanismo de adaptación y por consiguiente una experiencia común a toda la humanidad, de manera que no es patológica en sí, y por ello acompaña a un amplio número de conductas normales o anormales, así como a casi todos los trastornos mentales, a excepción de la personalidad antisocial, Sin embargo, la ansiedad como único síntoma puede aparecer sola y dar un cuadro nosológico independiente.

   De acuerdo con este autor, desde el punto de vista práctico, la angustia se define como una variedad de manifestaciones físicas y mentales propias de la ansiedad y el estrés, que no se atribuye a un peligro real, y que pueden aparecer de forma aguda, como una crisis o establecerse como una condición permanente. Por eso, aunque todo el mundo experimenta ansiedad, a pocos realmente les afecta. En sentido estricto no existe una diferencia cualitativa entre la ansiedad normal y patológica, sino que al rebasar ésta el límite de lo que puede considerarse como sano, desencadena una respuesta desproporcionada a un estímulo y es más persistente de lo aceptable; ello mantiene al sujeto en un estado de hiper-alerta que lo desgasta y después lo enferma.

   Las manifestaciones conductuales de la ansiedad pueden incluir diversas actitudes, posturas o conductas que el individuo asume en este estado. Entre ellas se encuentran:
   - La **inquietud motora**, donde el individuo no puede mantener por mucho tiempo una determinada posición, mueve las manos y los pies, se estruja las manos, se muerde las uñas o los labios, hace muecas, aparecen tics y movimientos estereotipados.
   - La **irritabilidad**, en ella, el sujeto se molesta con facilidad, no tolera los estímulos normales, tampoco las frustraciones, provocando actitudes agresivas o de desaprobación.
5. **Establecimiento cariñoso de límites claros y consistentes**. Esto con la finalidad de que el niño supiera hasta dónde puede llegar en su comportamiento y qué es lo que se esperaba de él; ayudando de esta forma a que se sintiera más seguro, adecuado y confiara tanto en sus capacidades como en su ambiente.

   De acuerdo con Verduzco y Murow (2001) establecer límites a los niños es una forma de decirles que se está al pendiente de ellos, es enseñarles cómo funciona el mundo que los rodea y sobre todo que son queridos y respetados. Éstos se establecen de acuerdo con los objetivos,

valores, costumbres y el sentido común de cada familia. Los padres son los encargados de poner las reglas para el funcionamiento de casa y de ahí surgen.

Al establecer límites importa más la consistencia que la intensidad o la fuerza con la que se ponen. Muchas veces se confunde poner límites con gritar o enojarse. Establecerlos significa decir hasta dónde va a llegar un niño, pero hay que señalarlos muchas veces para que los aprenda, y en ocasiones incluso se puede poner una consecuencia si no los respeta. No basta con ponerlos una sola vez, se tiene que insistir en ellos y recordarlos todos los días de la misma manera.

Otro aspecto importante que debe considerarse es que los límites deben ir cambiando con la edad del menor sin olvidar los objetivos de la educación que ha definido la familia. No es lo mismo tratar de establecer hábitos en un niño preescolar, que poner consecuencias por no hacer la tarea a un niño de edad escolar; por ello los límites tienen que cambiar con la etapa de desarrollo del niño y sus necesidades. No tienen que ser solemnes, es posible inventar situaciones para hacerlos más divertidos (Verduzco & Murow, 2001).

6. **Fortalecimiento de la relación con sus padres, especialmente con su papá**. Esto con el fin de propiciar un cambio en la forma en que los padres de Renato se estaban relacionando con él; lograr que entendieran lo que el niño sentía y al mismo tiempo mejorar la comunicación entre ellos; brindándoles la oportunidad de ensayar nuevas formas de acercarse, de poner límites y de disfrutar la vida en familia.

   De acuerdo con González y López (2009) el individuo recibe amor, por primera vez en la vida, de parte de sus padres. Durante la temprana infancia se desarrolla un vínculo positivo o negativo, fuerte o débil, cálido u hostil, que instaura las bases para diversas formas de establecer relaciones a lo largo de la vida.

   Las autoras mencionan que la familia es el ámbito en el que el niño obtiene las bases para su seguridad, y el afecto y la identidad que requiere para un desarrollo sano y positivo. Es el formador moral por excelencia. Las primeras lecciones de amor, respeto, solidaridad, justicia y honestidad se aprenden de los padres. La mejor expresión del afecto que éstos sienten hacia sus hijos es brindarles la posibilidad de vivir dentro de una familia amorosa, respetuosa y sensible a sus necesidades.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

El proceso terapéutico con Renato tuvo una duración de aproximadamente un año en el que fue posible cumplir en gran medida los objetivos planteados. Se estableció una relación cálida, respetuosa y de confianza con él y sus padres, quienes se mostraron siempre dispuestos a participar; modificando aquellas actitudes y conductas que estaban resultando perjudiciales para el bienestar emocional del niño.

Fue posible negociar, establecer acuerdos y una comunicación más efectiva. Renato tuvo la oportunidad de ver a sus padres de otra forma, confiar más en ellos y saber, sobre todo, que lo aman profundamente.

A continuación se presentan las sesiones más significativas del proceso (la numeración es esquemática para fines de organización):

Sesión inicial

El principal objetivo de la sesión era platicar con Renato y conocer el o los motivos que consideraba lo habían llevado a terapia. Cuando llegó, se mostró dispuesto a participar, sin embargo, también fue muy reservado.

Mientras se dirigía al consultorio en compañía de la terapeuta, Renato caminaba ocultando el lado izquierdo de su cabeza, donde resultaba evidente la falta de cabello; incluso, se tapaba con la mano cuando sentía que ésta podía darse cuenta. Se le preguntó si sabía cuál era el motivo por el que estaba en el consultorio y/o a qué se dedicaba la terapeuta y no se obtuvo respuesta. Sólo encogía los hombros. Se le comentó que era psicóloga y que trabajaba con niños y fue invitado a que conociera el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

espacio. Nunca se le mencionó nada en relación a la falta de cabello. Renato sólo se quedó parado, observando mientras se le mostraba el consultorio y los materiales que en éste había, tratando de motivarlo para que se acercara a conocer los materiales. Se limitó a observar sin decir nada, nunca se acercó.

Durante la segunda mitad de la sesión, después de explicarle nuevamente la profesión de la psicóloga y dejarle claro que estaba ahí para ayudarlo y trabajar juntos lo que fuera necesario; se le solicitó que dibujara cuál era el problema que él consideraba que tenía.

Renato comentó que no sabía dibujar; se le respondió que no importaba, que como él lo hiciera estaría muy bien. El niño asintió y después de esperar unos minutos sólo escribió: **me jalo el pelo** (ver figura C4-2).

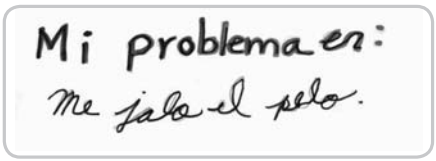


Figura C4-2. Mi problema.

Esta técnica se denomina **Dibujando mi problema**, Cornejo (2003) y puede ser aplicada de forma individual o grupal; sólo se necesitan hojas blancas y colores. Consiste en que el niño dibuje lo que él cree que es su problema. Si el niño siente que no tiene un problema, entonces se le solicita que dibuje el problema que sus padres creen que tiene.

Cornejo (2003) menciona que para el niño el dibujo es una manera lúdica de expresarse y su mejor canal, pero que si un niño dice "no me sale" o "no se dibujar" probablemente sea porque algún adulto o alguien mayor que él se lo ha dicho, le ha corregido lo que hacía, le ha dicho que así no es, que así no se dibuja o ha intentado enseñarle un mejor modo de dibujar.

A pesar de que no fue posible que Renato dibujara su problema, logró expresar lo que él pensaba que éste era y por el cual había asistido a terapia. Se consideró importante no presionar al niño y darle tiempo de adaptarse a la nueva situación.

Después de esto, se platicó con él sobre el trabajo conjunto que se realizaría cada semana para entender por qué le sucedía esto y lograr poco a poco que se sintiera mejor; además de que también jugaría, regularmente durante la segunda parte de la sesión. Asimismo, se acordó que se invitaría a sus padres a algunas sesiones para que jugaran con él y la terapeuta. Él sugirió que también le gustaría invitar a sus hermanos. Para el final de la sesión, Renato se notaba más tranquilo que al inicio y mostró buena disposición para asistir y trabajar.

Cuando se comunicó a los padres lo sucedido en la sesión, éstos se mostraron muy entusiastas con la idea de participar en el proceso.

Sesiones 2-5

En las siguientes sesiones se juzgó importante fomentar una relación de confianza y seguridad en el espacio terapéutico. El juego libre resultó útil para este fin. Los juegos preferidos de Renato durante este periodo fueron la guerra y el arenero. No obstante, la organización de las dinámicas era caótica y sin un fin determinado, simplemente se mostraba el conflicto entre los personajes (ver figura C4-3).

Cornejo (2003) refiere que todo acercamiento hacia el proceso de vinculación con el niño dentro de la sesión terapéutica podría ser catalogado como una **técnica**, ya que aquel acto creativo que se repite muchas veces da por origen una técnica determinada; siendo ésta una herramienta que sirve al terapeuta en el proceso de la terapia con el niño y/o los padres.

Toda técnica por más fácil que en apariencia parezca, debe ser tomada como un agente movilizador y de cambio en el paciente, por lo tanto se debe ser profesional en el manejo de ellas y saber además cuál es el momento de su utilización, en el que más convenga al paciente y a su desarrollo personal.

Figura C4-3. Arenero.

A pesar de que conforme avanzaron las sesiones el niño se mostró más tranquilo y abierto; continuaba en ocasiones, teniendo una actitud de reserva. Fue posible que dibujara, después de solicitárselo, la figura humana, constatando que los trazos dibujados eran pobres y propios de un niño de menor edad (ver figura C4-4).

Asimismo fue posible abrir el tema de la escuela, ya que éste era uno de los escenarios donde referían los padres se presentaban problemas de conducta. Renato mencionó lo estricta e injusta que en ocasiones era la escuela, además de que los niños de su edad no querían estar con él, cuestión que menciono no importarle. Sin embargo, en un momento posterior, aceptó que el rechazo de sus compañeros no le gustaba y lo hacía sentir enojado. Renato no ahondó más en ello, ni mencionó las consecuencias que había en casa por este motivo.

Durante estas sesiones se planeó la actividad que se realizaría cuando se invitaran a sus padres. Renato, aunque mostraba gran ilusión por que ellos entraran al consultorio a jugar con él, se mostraba incrédulo y decía "no van a querer".

Para su sorpresa, cuando se invitó a sus padres a jugar, éstos se mostraron contentos y entusiasmados con la propuesta. Incluso expresaron abiertamente a Renato su agradecimiento y alegría por la invitación. Esto alentó mucho al niño y lo tranquilizó, pues pensaba que sus padres no accederían.

Sesión 6

Ésta fue la primera sesión en la que los padres de Renato participaron. Se planeó con el niño que dibujaran los tres. Cuando los padres entraron al consultorio se mostraron, aunque nerviosos (por lo desconocido que les parecía la situación) muy dispuestos a participar.

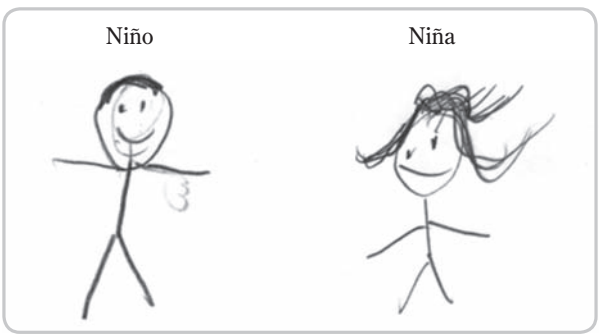


Figura C4-4. Dibujo niño y niña.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Se le pidió a Renato que les dijera cuál era la tarea que debían realizar. Él no quiso (mostrándose apenado) a lo cual se le dijo que no se preocupara y que la terapeuta le ayudaría a decirles. Una vez dada la instrucción, los padres aunque interesados, continuaron mostrándose un tanto incómodos con la situación. No obstante conforme avanzó la sesión se relajaron.

Se organizaron con el niño sobre el tema del dibujo, de hecho le preguntaron a Renato qué quería dibujar. Renato dijo que una bandera con un sol muy grande y un balón de fútbol también con un sol. El niño se observó muy contento de que estuvieran sus padres realizando una actividad de este tipo con él. No obstante, en ocasiones papá corregía de forma estricta al niño, y mamá estaba muy preocupada porque éste se ensuciara.

Al final de la sesión se tomaron fotografías de ellos con los dibujos terminados. Cabe destacar que en el sol trazado en el dibujo en el que en mayor medida participaron los padres, el niño dibujó una cara triste, mientras que en otro, dónde él había hecho la mayor parte, el sol tenía una cara feliz. Por último, se acordó que muy pronto se invitaría a los padres a realizar una nueva actividad (ver figura C4-5).

El objetivo de invitar a los padres en ésta y en otras sesiones, fue observar la forma en que se relacionaban con su hijo y con base en ello, orientarlos para fomentar una mejor relación entre ellos y Renato; ya que como lo mencionan Gil y Sobol (2000; en Bailey, 2000) las técnicas de juego familiares permiten no sólo observar los patrones de interacción, sino también proporcionarle a los miembros de la familia la oportunidad de verse entre ellos de forma diferente, de disfrutar y obtener recompensas de la interacción entre ellos, y de trabajar en sus problemas de manera diferente.

Sesiones 7-10

Durante estas sesiones se observó un cambio en la dinámica de la sesiones. Fue posible que el niño se abriera más e identificara y expresara sus sentimientos. Asimismo, a pesar de que continuó jugando con el arenero, los animales y los soldados, su juego era menos caótico y se observaban objetivos claros; es decir, una secuencia de juego más lógica (ver figura C4-6).

En lo que se refiere a sus sentimientos, se utilizaron las técnicas **Sentimientos con colores** e **Ilumina tu vida** (Shaefer & O´Connor, 1988). En el caso de la primera técnica, se pregunta al niño si sabe ¿qué son los sentimientos?, se escuchan con atención sus respuestas y se validan, después se le da una definición sencilla de los sentimientos, por ejemplo "los sentimientos son emociones que sentimos en nuestro cuerpo". Fue posible que Renato expresara sus sentimientos e identificara las situaciones en que éstos se presentan, asimismo les asignó un color que los representaría.

En el caso de la segunda técnica, se le pide al niño realice un dibujo con los colores que escogió en la técnica anterior, indicando, con los colores correspondientes, aquellos sentimientos presentes en su vida.

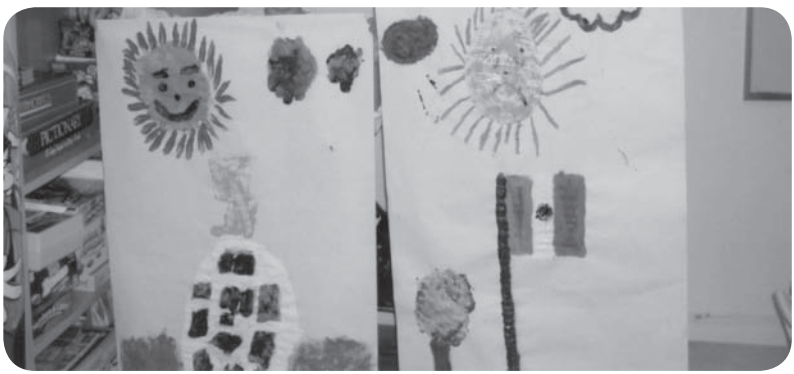


Figura C4-5. Dibujo familiar.

Figura C4-6. Guerra y combate.

Los sentimientos que Renato nombró fueron: tristeza, enojo, felicidad, miedo, amor, alegría y frustración, en ese orden. Cuando se exploraron las razones o situaciones que hacían aparecer estos sentimientos, resultó muy significativo que el niño lograra hablar de una de las razones que dieron origen a su ansiedad. Comentó que su padre grita muy fuerte cuando les llama la atención, al grado que, en ocasiones Renato siente que " perderá la paciencia y "…me pegará más fuerte que una vez que lo hizo…" Asimismo, mencionó que sentía enojo cuando alguien le decía que no podía hacer algo y frustración cuando algo no le sale como él esperaba (ver figura C4-7).

En el caso de la técnica Ilumina tu vida, se limitó a esquematizar los sentimientos que él sentía que lo rodeaban. Colocó primero el enojo (negro), mismo que abarcaba gran parte del espacio, después el amor (rojo), en menos cantidad y junto al enojo. Alrededor de estos sentimientos, sólo pintó algunas muestras de alegría (naranja) (ver figura C4-8).

Asimismo, se introdujeron los juegos de mesa con el objetivo de promover una mejor tolerancia a la frustración, mejorar límites y la espera de turnos. Los juegos de mesa poco a poco fueron adquiriendo importancia en el proceso, no sólo para Renato, también para sus hermanos y sus padres. Renato siempre intentaba hacer trampa, buscando el número que necesitaba en los dados, o las cartas indicadas para ganar. Siempre se le recalcó que él no necesitaba hacer trampas para ganar, que había ocasiones en las que se ganaba y otras en las que no, y que eso no hacía valer más o menos a las personas. Estos comentarios, y los cambios que fue percibiendo en su ambiente, hicieron que a lo largo del proceso, adquiriera más confianza en sí mismo. Cabe mencionar que aunque en ocasiones fuera a perder, se le dejaba ganar con el fin de lograr que se sintiera mejor.

Figura C4-7. Sentimientos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura C4-8. Ilumina tu vida.

Sesión 11-14

En algunas sesiones participaron nuevamente los padres del niño aunque esta vez la actividad que se propuso fue un arenero familiar (Gil & Sobol, 2000, Bailey, 2000). La técnica consiste en pedirle a los miembros de la familia (Renato y sus padres) que realicen un escenario en la arena, utilizando las miniaturas que ellos quieran.

Fue posible observar a los padres más relajados que la sesión anterior, no obstante esto permitió que emergieran otras actitudes y conductas. Se organizaron de forma menos eficaz que en la sesión anterior y prevaleció un clima de tensión (ver figura C4-9).

Figura C4-9. Arenero familiar.

El arenero mostraba poca organización y estaba saturado de material. Escogieron los animales del mar y se trató de acomodar a los mismos tanto dentro del mar como en las orillas; no obstante, el resultado se alejó de este propósito. Comenzó a hacerse más evidente la presencia de conductas agresivas por parte de Renato y de sus padres, quienes, sin la intensión de hacerlo sentir mal, provocaban que el niño se enojara y frustrara con sus comentarios.

Sin embargo, fue posible que Renato controlara un poco mejor sus emociones, a pesar de que por momentos alzó la voz y mostró una actitud retadora. Por momentos, dicha actitud era directa, en otros, se expresó a través de los animales que contenía el arenero.

Después de realizar esta actividad, se manifestó a los padres que un par de sesiones más adelante, se les invitaría a sesión para realizar otra actividad, un cuento con títeres (Irwin & Malloy, 1994, en Bailey, 2000); actividad que ya había sido considerada, no obstante se habían preferido otras. Estos autores desarrollaron esta técnica como una forma de entrevista estructurada con familias. A lo lago de los años, Gil (1994) ha expandido el uso de esta técnica ya que permite a la familia comunicarse de manera simbólica, disminuye las defensas, se experimenta placer individual y colectivo y se desarrolla un mecanismo mejorado para la interacción.

Así, esta sesión se planeó con el fin de observar más claramente los patrones de relación que establecían los padres de Renato con él y la forma en que él controlaba las emociones que esto le generaba (observándose no ser la más adecuada). La videograbación ayudaría a ejemplificar estas reacciones y actitudes.

Dos sesiones después fue posible llevar a cabo esta actividad, durante la cual se observó más claramente, la forma en la cual el niño responde ante los comentarios y críticas de sus padres. Renato se defiende agrediendo. Si algo no le parece o considera que sus demandas no están siendo cumplidas, comienza a enojarse y a responder con agresión a quien trata de acercarse a él.

Al inicio, los padres se mostraron participativos y contentos con la actividad a realizar. Escogieron el títere que más les gustó y se dispusieron a inventar en cuento. Renato, aunque estaba escogiendo entre los títeres el que más le gustara; expresó desde el inicio que no jugaría. Sus padres y la terapeuta trataron de convencerlo para que participara, pero al inicio no se obtuvo respuesta afirmativa de su parte.

Esta actitud provocó que los padres, sobre todo papá, comenzaran a desesperarse y a cambiar el tono de los comentarios que emitían. Una vez que el cambio se hizo evidente, el clima emocional cambió y todo el entusiasmo inicial fue disminuyendo; lo que a su vez, exacerbaba la actitud negativa de Renato, quien de esta forma, desde el inicio del proceso, buscaba comprobar si de verdad era aceptado tal y como era.

A pesar de dicha actitud, se trató de incluir al menor en el cuento. Se respondía a su rechazó con palabras cariñosas, expresadas con tranquilidad, nunca se desistió de incluirlo en el cuento y se le repetía que era importante que todos jugaran y participaran. Cuando se sugirió que la psicóloga también podría participar en el cuento y no sólo videograbarlo, él accedió a jugar, aunque con reservas.

Conforme el cuento se fue desarrollando, la actitud de Renato cambió, aunque no por completo. No obstante el ya mencionado cambio en la actitud de los padres provocó en parte esta respuesta. En sesiones posteriores se comentó con ellos acerca de lo sucedido en la sesión y de la forma en cómo se podría lograr que la actitud de Renato también se modificara. Se les explicó que al ser una actividad desconocida para él, era probable que el miedo a fallar, que se había hecho evidente a lo largo del proceso, suscitara esta respuesta. Se hizo hincapié en la paciencia y tolerancia que debían mostrar ante estas actitudes, ya que en la medida en que Renato se sintiera aceptado, estas actitudes iban a disminuir.

De acuerdo con Tormo (2008) cuando se reconocen las emociones de los niños y se les ayuda a dialogar con ellas, y se les ofrecen estrategias para que logre canalizarlas se le está ayudando a construir una individualidad sana y madura.

La reacción de los padres ante determinado evento, será la que haga que se extinga la conducta o que se mantenga, tanto si se ha aprendido en casa o en el colegio. Hay que tener presente que elevar el

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

tono de voz o bien, los gritos, representan el fracaso de los adultos con otros métodos y que se utilizan cuando los padres están desesperados y sienten que han perdido autoridad.

Los niños, aunque a veces no entiendan las palabras, perciben claramente el tono en el que se les habla; también aprenden que con las palabras se puede hacer daño. Con el lenguaje se puede manifestar apoyo, afecto, comprensión o desagrado, indiferencia y falta de afecto, por ello es importante cuidar la forma en que se les habla, menciona Torno (2008).

Sesiones 18-20

Después de la movilización de emociones que se originó en las sesiones con sus padres, Renato pudo ser capaz de hablar más claramente acerca de sus sentimientos, mencionando en esta ocasión más abiertamente el problema de la tricotilomanía.

Durante este periodo, mientras se estaba preparando el material para pintar, o bien sacando el juego de mesa elegido para jugar ese día, fue posible establecer un diálogo con él. Renato expresó que se arrancaba el cabello porque sentía "rico para él", dijo que no le dolía y que tampoco se lo comía. Cuando se le preguntó si tenía identificado el momento o razón por la que lo hacía, mencionó que era cuando estaba enojado, regañado o asustado y que esto lo ayudaba a calmarse.

Después de esta charla se indagó qué era lo que lo hacía sentir de esta manera; se le explicó que si los demás sabían lo que causaba que se sintiera así, podrían lograr modificarlo con el fin de que él se sintiera mejor. Asimismo se recalcó la importancia de aprender a controlar nuestras emociones de forma que logremos expresarlas más constructivamente y sin hacernos daño.

Durante estas sesiones también se hicieron más presentes los problemas de conducta que Renato presentaba en la escuela y el manejo que tanto los profesores como sus padres hacían de ello. El niño sólo había mencionado que los viernes calificaban la conducta que había presentado en la semana. No obstante, fue hasta este punto que habló sobre las consecuencias que en casa le traía dicha calificación. Si Renato se encontraba en el grupo de los grises, implicaba que su conducta durante la semana había sido muy mala. Si era amarillo, la conducta había sido regular y si pertenecía al grupo de los blancos, significaba que su conducta había sido muy buena.

Cuando Renato obtenía una calificación que lo colocaba en el grupo de los grises, en casa no era bien visto. Recibía regaños y gritos por parte de su padre lo que provocaba que se pusiera ansioso y el problema de la tricotilomanía aumentara (esto a pesar de que los padres continuaban cortando su cabello muy cortito). Renato mencionó que cuando esto sucedía, su papá "se enojaba feo" y el se sentía muy triste y al mismo tiempo enojado: "yo no soy gris, blanco o amarillo…" expresó en ese momento.

Fue importante contener al niño ante dicha declaración y proporcionarle alternativas para que, en lugar de arrancarse el cabello, demostrara sus sentimientos de otra forma. Dichas alternativas incluyeron desde la respiración (misma que se practicó en sesión) hasta garabatear en cuadernos, aislarse por unos momentos para que se calmara, inflar globos, salir a correr un momento al jardín, o bien, hablar con sus padres para decirles cómo se sentía y establecer acuerdos para que estas reacciones cambiaran.

Se le mencionó que, si él estaba de acuerdo, podríamos hablar con sus papás sobre esto, que ellos lo amaban y que probablemente no sabían como lo hacían sentir estas actitudes. Renato estuvo de acuerdo en hablar, no sin antes dejar claro que necesitaba que lo ayudara, que fuera su portavoz: "pero tú les dices…".

Oaklander (2004) menciona que a veces un niño es considerado agresivo cuando sólo está expresando su enojo. Sin embargo, generalmente, los actos agresivos no son la verdadera expresión de la ira, sino desviaciones de los sentimientos reales. No obstante, esta autora expone que el niño que cae en conductas hostiles, intrusivas o destructivas; puede tener profundos sentimientos de ira, de rechazo, de inseguridad y angustia, sentimientos heridos y a menudo un difuso sentido de identidad. Es incapaz o no quiere y teme expresar lo que siente, porque si lo hace, puede perder la fuerza que reúne para involucrarse en conductas agresivas. Siente que necesita, como método de supervivencia, hacer lo que hace.

Esta autora comenta que los niños cuyos sentimientos no son escuchados y reconocidos, se sienten solos. Sus sentimientos son la esencia, de su ser, y si éstos son rechazados, también el niño se siente apartado. Por eso, cuando un niño dice: "me siento solo cuando me enojo –estar enojado me hace sentir muy solo", es porque enfrenta un mundo de personas que no permanecerán en contacto con él mientras exprese sus sentimientos de ira. Es amonestado, repudiado, castigado, evitado, y todo esto lo asume en el aislamiento (Oaklander, 2004).

Sesiones 21-24

Durante este periodo, se solicitó por parte de los padres una evaluación psicológica debido a que un psiquiatra con quien habían llevado al menor para ayudarlo a mejorar su conducta (tranquilizarlo), había requerido dicho informe para poder colaborar en conjunto con lo que se estaba trabajando en terapia.

Las técnicas y pruebas que se aplicaron fueron: Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig, Escala Wechsler de Inteligencia para niños – IV, Prueba del Dibujo de la Figura Humana, Prueba del Dibujo de la Familia, Familiograma con animales, Frases Incompletas para niños, Prueba de Apercepción Temática para niños, CAT.

Los resultados obtenidos en esta evaluación demostraron que Renato es un niño con un adecuado desarrollo de su percepción visual y habilidad viso-motriz; asimismo no se observaron dificultades en lo referente a su capacidad intelectual; Renato cuenta con las habilidades necesarias en lo cognitivo para hacer frente a los retos que se le presenten. Con base en las diferentes técnicas aplicadas, en el ámbito emocional, se pudo observar que es un niño reservado y noble, capaz de establecer relaciones cercanas y afectuosas; aunque de inicio, le resulte difícil, pues teme desilusionar a los demás. Tiene miedo que la gente no lo quiera por lo que es y cree que necesita demostrar que "vale la pena".

Aunque aún sentía que sus acciones y esfuerzos no eran suficientes para marcar un cambio en la dinámica que prevalecía en su ambiente (tanto familiar como escolar), de forma paulatina se estaba dando cuenta que era posible que las cosas fueran diferentes y que él podía lograr esto (pero aún no estaba completamente seguro de ello).

Fue posible observar que su escasa confianza en él mismo interfería en la realización de muchas actividades, pues conforme éstas se iban complicando, la ansiedad y el miedo a fallar (a desilusionar a los demás) aumentaban e intentaba menos realizar las tareas. No obstante, se pudo observar que responde favorablemente a la motivación y al reconocimiento de sus logros; y sobre todo al reconocimiento de su esfuerzo por hacerlo cada vez mejor.

Asimismo, la evaluación reportó datos sobre la capacidad de Renato para entender y cumplir los límites, siempre y cuando éstos se señalen, se muestre consistencia y se le expliquen con anterioridad; es decir, no los sienta intransigentes.

El médico con quien lo llevaron recetó Tofranil y Strattera, en dosis muy bajas, con la prescripción de que en fines de semana y vacaciones no se le diera el medicamento al menor. A pesar de que se envió el estudio psicológico y se planeaba concertar una cita con él para platicar más ampliamente sobre el caso y las metas del tratamiento, no se tuvo contacto con el médico y al poco tiempo los padres desistieron de acudir con él y suspendieron el medicamento.

Sesiones 25-29

Durante estas sesiones, además de continuar trabajando las reglas, los límites y la tolerancia a la frustración e involucrar a sus hermanos en un par de sesiones, se establecieron acuerdos importantes con los padres.

Ahora los juegos del niño tenían más estructura: armaba escenarios con los materiales de guerra o bien con los animales;su juego tenía una secuencia y había una historia que guiaba la acción. También manifestaba de manera más abierta sus sentimientos, era capaz de enunciar cómo se sentía o cómo le había ido en la semana sin problema. Durante los juegos de reglas, continuaba tratando de hacer trampa aunque en menor medida, pues iba adquiriendo más confianza en sus capacidades.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Después de que Renato logró manifestar las consecuencias que le traía su conducta en la escuela (aunque en casa también se presentaban), se mostró más seguro y dispuesto a mejorar su comportamiento; no obstante resultaría crucial el cambio en la actitud de los padres para que este esfuerzo del niño, fuera valorado y permanente.

Durante la primera sesión en la que se expuso lo anterior a sus padres, Renato se mostró ansioso y temeroso. No obstante, fue capaz de hablar y decir que cuando su papá le gritaba y "se enojaba feo", él se sentía: triste y también enojado. Aunque requirió apoyo para comenzar a hablar, el niño tuvo el valor de enfrentar a sus padres.

Sus papás se mostraron atentos a lo que Renato tenía que decirles. Mencionaron que en ocasiones era difícil no desesperarse, pero que estuviera seguro que lo amaban y querían lo mejor para él; aunque quizá las formas de solicitarlo y corregirlo no estaban resultando ser las más adecuadas.

Cuando un padre escucha con empatía a su hijo es capaz de percibir no sólo sus palabras, sino todo lo que hay detrás de ellas. Mediante los gestos, los movimientos corporales, los matices de la voz y la mirada, el padre debe ser capaz de advertir el verdadero sentido de lo que dicen los hijos (Del Río, 2009).

Se habló con ellos de la importancia de negociar cuando hay algo que no nos gusta. De dar y recibir apoyo para que juntos puedan lograr la armonía en casa.

Se implementaron nuevas formas de establecer reglas, castigos y recompensas; ya que de esta forma se motivaría no sólo a Renato, sino también a sus hermanos y padres a cambiar. Los contratos establecidos, tuvieron como finalidad comprometer al niño y a sus padres en el proyecto de modificación de conducta. Como mencionan González y López (2008) esta estrategia contribuye a que se ambas partes se sientan responsables de sus actos y establezcan un compromiso respecto a lo que se debe mejorar o cambiar en su comportamiento. En el contrato, se especifica de qué manera deberán comportarse, tanto el niño como sus padres, ante las próximas situaciones conflictivas y se estipula qué esperan obtener con los cambios de actitud. Asimismo se señala la consecuencia que tendrá la aparición de la conducta inadecuada.

Estas autoras mencionan que los contratos pueden abordar cualquier asunto que constituya un interés o una necesidad en particular para la consolidación en el niño de hábitos, responsabilidades, virtudes, disciplina e incluso, la autoestima.

Con el fin de apoyar a Renato y a sus padres, se les brindaron alternativas que ayudarían a instaurar mejor un límite y/o a recompensar una conducta; ya que como se mencionó, resultaba crucial el reconocimiento del esfuerzo del niño por mejorar su comportamiento. Esto redundaría en su motivación, autoestima, confianza en él mismo, así como en el mejor manejo de sus emociones.

Pearce (1995), menciona diferentes métodos para recompensar y alabar una conducta, mismos que a su vez, pueden ayudar a disciplinar a los niños. Desde luego, es mucho más agradable recompensar que castigar; pero a pesar de esto, a medida que los niños crecen se da mucho mejor fijarse en el mal comportamiento y se le presta menos atención a las cosas buenas que hacen. Hay muchas formas de dar una recompensa. Cada una tiene ventajas y desventajas y las principales son las siguientes:

- Atención. Prestar atención es una de las recompensas más importantes y efectivas de todas. Es mucho más efectiva si se presta atención por completo y no de forma distraída o con interrupciones, mientras se realizan otras actividades. Así, incluso unos segundos de atención completa pueden construir una buena recompensa.

  Puede prestarse atención de maneras muy diferentes con una mirada, una sonrisa, una caricia, un abrazo o unas palabras pueden bastar. Por desgracia a los niños que se les presta más atención por ser traviesos, corren el inevitable riesgo de que su comportamiento irá empeorando para conseguir todavía más atención.
- Alabanzas. Los padres son muy buenos alabando y valorando a sus hijos durante los primeros años, pero a medida que crecen les alaban cada vez menos hasta que llega a ser muy raro que lo hagan. Es importante que los niños reciban señales que les indiquen que lo están haciendo bien. No obstante a medida que crecen, los padres tendrán que elegir mejor las alabanzas, porque es importante que los niños aprendan a evaluar lo que han hecho de forma realista.

- Regalos especiales y privilegios. A menudo se dan regalos como recompensa por un buen comportamiento, pero éstos no sustituyen a la atención o a las alabanzas. Sin embargo es mucho más fácil dar un caramelo o un juguete que dedicar tiempo y energía a prestarle atención. Es mejor usar los regalos para ayudar y fortalecer las alabanzas que se realicen, de modo que, si se les da un regalo por alguna acción positiva, es importante que se le alabe al mismo tiempo.
- Amor y afecto. Es importante que los niños sepan que les quieren incluso cuando hacen cosas inadecuadas o se portan mal. Hay un menor riesgo de dañar la autoestima del niño si se hace la distinción entre la persona y el mal comportamiento. Siempre se debe calificar el hecho o la conducta y no a la persona.

En las siguientes sesiones, se continuó monitoreando los avances de la familia con esta nueva dinámica. Fue posible constatar que tanto Renato como sus padres, pusieron lo mejor de ellos y poco a poco estos esfuerzos comenzaron a verse recompensados.

Asimismo, se tuvo la oportunidad de platicar con las autoridades de la escuela, quienes se mostraron muy dispuestas en colaborar, apoyando al niño en su crecimiento personal. Se tomaron en cuenta tanto la conducta del niño como los esfuerzos que realizaba por comportarse mejor, se hicieron algunas modificaciones en cuanto al lugar dónde éste se sentaba y se le motivó a trabajar y a comportarse mejor.

Cabe mencionar que Renato adquirió cada vez más confianza en sus capacidades. Cuando comenzó a ver modificaciones en su ambiente como consecuencia de los cambios que él estaba haciendo, se notó más confiado y contento; lo que ayudó a que él se sintiera más tranquilo y el problema de la tricotilomanía fuera disminuyendo. De hecho en este periodo comenzó a hacer ruidos con la boca, como chasquidos. Sus padres se mostraron angustiados por la aparición de dicha conducta, no obstante se les explicó que, dada la predisposición de Renato hacia la ansiedad, lo que estaba sucediendo era un **cambio en el síntoma que presentaba** para manejar y controlar la ansiedad que sentía en determinados momentos, siendo este nuevo síntoma, menos perjudicial para el menor.

Se comenzaron a observar cambios en el establecimiento de sus relaciones. Poco a poco, Renato se sentía más confiado y tranquilo, lo que lo ayudó a establecer amistades tanto con compañeros de la escuela como con sus vecinos. Ahora era invitado a las casas de sus amigos y en ocasiones, él invitaba a amigos a la suya.

En la escuela, los problemas de conducta así como la inatención reportada habían disminuido considerablemente, debido al autocontrol que Renato había adquirido. De hecho para este periodo del proceso, la calificación que obtenía casi todas las semanas lo colocaba en el grupo de los blancos. La primera ocasión que obtuvo dicha calificación, llegó muy contento a la sesión "presumiendo" que lo habían puesto con los blancos. Después de felicitarlo y reconocer su gran esfuerzo, se le preguntó qué era lo que más le había gustado de ser de los blancos. Sin dudarlo, Renato respondió: "¡que mi papá me dijo que estaba muy orgulloso de mí…!"

Sesión de cierre

Con base en los resultados obtenidos a lo largo del proceso y gracias al compromiso de los padres de continuar con la labor en casa, se decidió finalizar el proceso. Se comunicó a Renato esta decisión tres sesiones antes de la sesión final. El niño manifestó que estaba muy bien y aceptó la decisión, no obstante se mostró enojado durante esta sesión. Al finalizar la misma, su actitud había cambiado y se mostró más cálido.

Durante estas tres sesiones que se tuvieron con el niño, se trabajó sobre los cambios que él tuvo a lo largo del proceso. Se mostró contento al mencionar que ahora era un niño más tranquilo y que tenía amigos, sin olvidar claro, que su problema de tricotilomanía había disminuido considerablemente.

Se planeó con él que sus padres asistieran a la última sesión para que también ellos externaran su opinión respecto a los cambios y al gran esfuerzo que Renato había realizado a lo largo del proceso.

Para la sesión de cierre se realizó la técnica **¿Cómo llegué, cómo me voy?** , la cual consiste en realizar dos dibujos dentro de una misma hoja. El primer trabajo consiste en que el niño dibuje tal y

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

como se sentía al inicio del proceso terapéutico y el segundo dibujo debe representar el cambio que ha surgido a partir del proceso. Se le pueden agregar textos, frases o palabras que también apoyen en la elaboración de los dibujos. Renato dibujó dos escenas en las que incluía a sus padres, expresando los cambios que había observado en casa, sobre todo en la actitud de ellos (ver figura C4-10).

Renato mencionó que sus padres se habían mostrado muy dispuestos y que aunque su papá aun gritaba y se "enojaba feo", estas situaciones habían disminuido considerablemente. Dijo que él también había cambiado para que eso resultara posible y que ahora se sentía más contento, pues lo que provocaba su enojo y tristeza, ya casi no pasaba.

Comentó que su mamá ahora también estaba más tranquila, porque debido a los problemas que había entre él y su padre, ella siempre se encontraba "entre la espalda y la pared" (esta situación también se ejemplifica en su dibujo).

Durante la última sesión, además de exponer el dibujo a sus padres, sin ninguna inhibición, muy seguro de lo que decía y confiando en que la respuesta de sus padres sería de apoyo, se propusieron una serie de reglas que como familia continuarían practicando en casa. Asimismo se establecieron consecuencias para el incumplimiento de las mismas (ver figura C4-11 y C4-12).

Al finalizar la sesión, se reconoció el gran esfuerzo que todos realizaron por mejorar la situación que al inicio del proceso se presentaba. Se recalcó que todos habían hecho un gran trabajo y se les agradeció su compromiso, apoyo y confianza tanto con el proceso como con la terapeuta.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

A lo largo del proceso terapéutico fue posible establecer una buena relación con Renato y con sus padres; todos colaboraron con el tratamiento y se comprometieron con los cambios. Esto permitió avances significativos en el mejoramiento de su conducta y a su vez posibilitó que el niño estableciera mejores relaciones interpersonales tanto con sus padres y hermanos, como con sus pares. Asimismo, la expresión y el autocontrol de emociones (sobre todo la disminución de la ansiedad) que adquirió, facilitó estos avances; lo que ayudó a fortalecer su autoestima y confianza en sus capacidades.

Se explicó a los padres la importancia de continuar apoyando a Renato en su sano desarrollo. Asimismo que es un niño sensible y noble con el que es posible llegar a acuerdos fácilmente, siempre y cuando se consideren sus sentimientos y necesidades; ya que es muy fácil que su predisposición a la ansiedad bloqueé su autocontrol. Esto es válido tanto en casa, como en la escuela u otros ambientes en los que se desarrolle. La paciencia, el amor y el establecimiento de límites cariñosos y consistentes, son factores básicos para seguir favoreciendo la conducta y el desarrollo de Renato.

Figura C4-10. ¿Cómo llegué, cómo me voy?

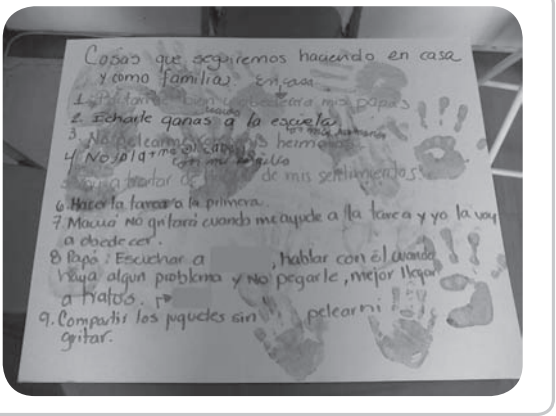


Figura C4-11. Cosas que seguiremos haciendo en casa y como familia

SEGUIMIENTO

El seguimiento se ha realizado a través de llamadas telefónicas, pudiendo constatar la mejora en el comportamiento de Renato, así como en la calidad de las relaciones que establece, tanto con sus padres y hermanos como con sus compañeros.

Sus padres reportan que el niño se encuentra muy motivado pues, con el cambio de ciclo escolar y probablemente de escuela, se avecinan para él nuevas oportunidades para demostrar las habilidades

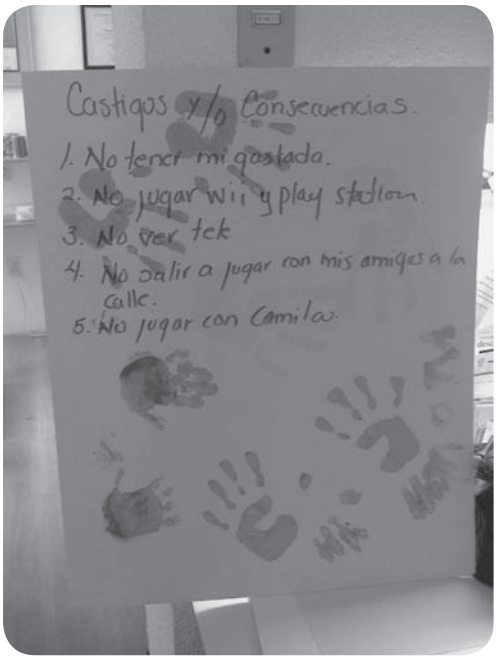


Figura C4-12. Castigos y consecuencias.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

sociales adquiridas. El hecho de asistir a una nueva escuela y hacer nuevos amigos, aunque le provoca cierto temor, lo emociona ya que ahora se muestra más seguro al momento de establecer nuevas relaciones; ahora sabe que es un niño capaz llevarse bien con los demás.

Se ha recomendado a los padres que continúen fomentando una relación cálida y de aceptación no sólo con Renato, sino también con sus hermanos; asimismo que sigan implementando límites de forma cariñosa que ayudarán a sus hijos a ser niños felices y seguros de sus capacidades.

Cabe reconocer y agradecer el gran esfuerzo y compromiso que tanto Renato como su padres tuvieron con el proceso y la terapeuta. Sin su apoyo y colaboración, ninguno de los cambios que se observaron en Renato hubiera sido trascendente. Las llamadas de seguimiento continuarán por algunos meses más, siendo éstas cada vez más espaciadas.

REFERENCIAS

Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones en el niño normal: planes de ayuda para padres y maestros*. México: Trillas.

Bailey, C. (Ed.) (2000). *Children in therapy: Using the family as a resource*. New York: Norton

Bañeres, D., Bishop, A., Cardona M., Comas, O., Garaigodobil, M., Hernández, T., Lobo, E., Marrón, M., Ortí, J., Pubill, B., Ruíz, A., Soler, M. & Vida, T. (2008). *El juego como estrategia didáctica. Claves para la innovación educativa.* (1ª. ed.) España: Graó.

Cornejo, L. (2003). *Manual de terapia infantil gestáltica.* (5ª. ed.). España: Desclée De Brouwer.

Del Río, A. (2009). *¿Conoces los sentimientos de tus hijos? La importancia de desarrollar una sana vida afectiva desde la infancia.* (2a. ed.). México: Grupo Editorial Norma.

González, M. & López, M. (2009). *Autoestima e inteligencia emocional en los niños. Claves para fortalecer su autoconcepto y sus relaciones.* Colombia: Ediciones Gamma.

Landreth, G. (1996) *Play Therapy Interventions with Children's Problems.* EUA: Jason Aronson Inc.

López, M. (2007). *Hijos felices. Estrategias para desarrollar habilidades sociales en los niños*. España: Lexus Editores.

Oaklander V. (2004). *Ventanas a nuestros niños.* Chile. Cuatro vientos

Palmer, C., Yates, W. & Trotter, L. (1999). Childhood Trichotillomania Successful Treatment With Fluoxetine Following an SSRI Failure. *Psychosomatics* 40:6, Noviembre – Diciembre.

Pearce, J. (1995). *Berrinches, enfados y pataletas. Soluciones comprobadas para ayudar a tu hijo a enfrentarse a emociones fuertes.* España: Paidós.

Salmen, T. (2006). *Conductas repetitivas en la infancia.* Documento recuperado el 1º de agosto de 2009. htttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/conductas_repetitiva.pdf

Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de terapia de juego.* México: El Manual Moderno.

Schaefer, C. & O'Connor, K. (1997). *Manual de Terapia de Juego*. Vol. 2. México: Ed. El Manual Moderno.

Tormo, A. (2008). *Esto, eso, aquello… también pueden ser malos tratos*. España: Desclée De Brouwer.

Uriarte, V. (1997). *Psicopatología* (2ª ed.) México: Editorial de Autor.

Verduzco M. & Murow, E. (2001). *Cómo poner límites a tus niños sin dañarlos. Respuestas a los problemas de disciplina más frecuentes practicando una educación positiva.* México: Pax.

CASO 5.
TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL MANEJO DE LA TARTAMUDEZ Y LA ANSIEDAD

"El camino tenebroso"

Paulina Campos Romero
Psicoterapeuta Infantil
Centro de Asesoría, Psicoterapia y Desarrollo Educativo (CAPSIDE)

A continuación se describe el estudio de caso de Johann Sebastián de 10 años de edad, quien acudió a terapia debido a que quería dejar de tartamudear. Esta dificultad le afectaba socialmente y se mostraba ansioso. Asimismo, a sus padres les preocupaba el enojo que presentaba el niño cuando las cosas no salían como lo esperaba.

Se trabajó con un enfoque de Terapia de Juego Cognitivo-Conductual (TJCC), la cual enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, buscando modificar patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas conductuales. El proceso tuvo una duración aproximada de un año seis meses y se dividió en tres etapas: diagnóstico, intervención y cierre. Cada una de éstas culminó con una sesión de retroalimentación con los padres que servía para establecer la fase siguiente y evaluar los avances observados en terapia.

Durante toda la intervención, Sebastián manifestó una actitud positiva hacia las actividades que se llevaron a cabo en las sesiones; expresó siempre sus preocupaciones, pensamientos y sentimientos con mucha confianza y respeto.

Gracias al trabajo realizado en las sesiones y a la retroalimentación continua con los padres, Sebastián logró disminuir notablemente su tartamudez y mejorar la confianza en sí mismo; logró un tono de voz más fuerte y mostrarse más seguro al entablar una conversación. Asimismo consiguió aumentar su tolerancia a la frustración y modificar algunos aspectos de la relación con sus padres y su hermana.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Identificación del paciente

Nombre: Johann Sebastián
Género: masculino
Edad: 10 años
Escolaridad: 4° de primaria
Nivel socioeconómico: medio alto

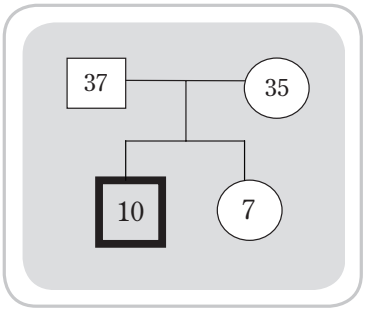


Figura C5-1. Familiograma.

MOTIVO DE CONSULTA

Los padres de Sebastián manifestaron que el niño les pidió que lo llevaran con alguien que lo ayudara a dejar de tartamudear. Ellos estaban preocupados por la situación de su hijo, ya que la tartamudez lo afectaba a tal grado que en ocasiones no quería entablar conversaciones con gente desconocida tanto en la casa como en la escuela.

Cuando Sebastián tenía tres años y medio, la familia tuvo que mudarse de su ciudad de origen al Distrito Federal por el trabajo del padre; después de cinco años de vivir en la ciudad de México se regresaron a donde vivían. Los padres comentaron que después de un tiempo de haber ingresado a su nueva escuela en el D.F., empezó a ser más notorio el problema de la tartamudez. El niño también recibió tratamiento con el fin de disminuir esta dificultad, no obstante, el problema se agudizó a tal grado que sus compañeros del colegio se burlaban y le ponían sobrenombres, como **disco rayado**.

Otra cuestión que preocupaba a los papás era el enojo que presentaba Sebastián cuando las cosas no salían como lo esperaba, por ejemplo, algunos planes de la familia, sus calificaciones o las decisiones de sus padres. Describían a su hijo como un niño muy estructurado que se enojaba y frustraba cuando las cosas no resultaban como él quería y que les exigía que cumplieran lo que le prometían.

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Sebastián es producto del primer embarazo de la familia, fue planeado y muy deseado. El embarazo transcurrió de manera normal, llegó a término y el parto fue por cesárea.

A lo largo de sus primeros años, su desarrollo fue normal; caminó al año y dos meses. Empezó a hablar a los dos años, sin embargo desde un principio tuvo problemas de fluidez en el habla. Su mamá comentó durante la entrevista inicial que, cuando el niño tenía cinco años y medio, tardaba en pronunciar las palabras y algunas veces tartamudeaba. La situación se acentuó a los ocho años de edad, periodo que coincidió con el cambio de ciudad y de escuela.

Datos familiares

La familia de Sebastián está conformada por su padre, su madre y su hermana tres años menor que él. Durante el proceso terapéutico la madre se dedicaba al hogar pero un poco antes de terminar

el trabajo con el niño, comenzó a trabajar como maestra en una escuela. Su padre combinaba sus estudios de posgrado y su trabajo, por lo que se encontraba ocupado la mayor parte del día y en ocasiones los fines de semana, aunque procuraba pasar tiempo con su familia.

Sebastián mantiene relaciones positivas y cercanas con todos los miembros de su familia. Al inicio de la intervención existía una rivalidad con su hermana, la cual se debía principalmente a las diferencias de edad, de género y a que ella era más extrovertida que él. La mamá describía la relación entre los hermanos como positiva: "aunque a veces se pelean, se quieren mucho".

El estilo de crianza de los padres era autoritario; por lo general empleaban los regaños y los castigos para disciplinar a sus hijos, cuidando siempre no humillarlos ni ofenderlos. Había inconsistencia entre los métodos empleados al disciplinar y las conductas que se disciplinaban; durante la entrevista inicial los papás mencionaron que sentían que ya habían intentado todo con sus hijos, sobre todo con Sebastián, y que no habían encontrado algún método efectivo. Los límites y las normas que regían las dinámicas en casa no se encontraban claras y en muchas ocasiones los papás debían repetir varias veces las indicaciones que daban a los niños, por ejemplo al momento de apagar la televisión, de ir a dormir, de terminar una pelea, etc.

Datos escolares

Los padres reportaron que Sebastián siempre había disfrutado asistir a la escuela y había sido muy cumplido con sus responsabilidades académicas; había tenido un buen rendimiento, buenas calificaciones y cumplido con los trabajos y tareas que se le asignan. Comentaron que el niño siempre había sido muy respetuoso con sus profesoras y obediente en el salón.

Sebastián empezó a ir a la escuela a los dos años; cuando tenía tres años y medio se desenvolvió sin complicaciones en su nuevo colegio en la Ciudad de México. Después de cinco años, la familia se mudó de nuevo a su ciudad de procedencia y Sebastián ingresó a medio curso a su nueva escuela, consiguiendo adaptarse al grupo fácilmente. Su rendimiento escolar siempre fue muy bueno, siendo un niño responsable con sus tareas que ha presentado buena conducta en el plantel.

No obstante, un tiempo después de ingresar a la escuela, su madre se dio cuenta que Sebastián se trababa mucho al hablar, por lo que los padres decidieron enviarlo a terapia de lenguaje con una maestra de educación especial. Después de un tiempo, el niño mejoró considerablemente, sin embargo, cuando la maestra lo canalizó con otra terapeuta debido a que no le era posible continuar trabajando con Sebastián, el problema de la tartamudez volvió a aparecer. Después de esto, los padres decidieron suspender las sesiones ya que se dieron cuenta que el rendimiento escolar del niño era muy bueno a pesar del problema del lenguaje. Tiempo después, a solicitud del niño, ambos padres buscaron nuevamente apoyo psicológico para resolver el problema en el lenguaje de su hijo principalmente.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Durante toda la intervención, Sebastián mostró una actitud positiva hacia las actividades que se realizaron en las sesiones; obedecía las reglas del cuarto de juegos y se mostraba siempre participativo y muy alegre al jugar; expresó sus preocupaciones, pensamientos y sentimientos sin problema. Su madre comentaba que se le notaba muy contento al asistir a terapia.

Al inicio de la primera sesión Sebastián tartamudeaba mucho, su tono de voz era muy bajo y al hablar inclinaba la cabeza hacia abajo, sin hacer mucho contacto visual. Sin embargo conforme fue transcurriendo la sesión, al explorar el cuarto de juegos y familiarizarse con los materiales, fue aumentando el volumen de su voz y se mostró más activo al jugar, mostrándose más tranquilo tanto en ésta como en las sesiones siguientes.

Desde la primera sesión, se platicó con él sobre la importancia de ser activo en su proceso de cambio dentro de la Terapia de Juego, ya que entre más empeño pusiera en mejorar participando en las actividades, expresando sus sentimientos y realizando las tareas, tanto en el espacio de terapia como en

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

casa, con mayor facilidad se lograría superar sus principales preocupaciones. Sebastián siempre estuvo muy al pendiente de su proceso de aprendizaje, siendo participativo y siguiendo las recomendaciones que se le hacían.

Cuando se inició el proceso terapéutico, la tartamudez de Sebastián era muy notoria; en ocasiones al trabarse con alguna frase o palabra, cerraba los ojos mientras hablaba con el fin de disminuir su dificultad, misma que le preocupaba bastante, ya que representaba un impedimento para relacionarse con los demás.

La **tartamudez** se define como la falta de fluidez en el habla relacionada con tres tipos de variables: fisiológicas (respiración y tensión muscular), situacionales y cognitivas (expectativas) (Santacreu & Xésus, 2001). El tartamudeo, es un desorden que interfiere con el funcionamiento social; como los afectados se sienten frustrados y ansiosos ante la conversación corriente, su autoestima se debilita (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001).

De acuerdo con Santacreu y Xésus (2001), la mayoría de las fallas en la fluidez que ocurren en el discurso del tartamudo son:

1. Tensión muscular
2. Respiración inadecuada
3. Condicionamiento ante determinadas palabras, sílabas o situaciones, con independencia de la alteración de respuestas psicofisiológicas

Estos autores señalan que las personas tartamudean en situaciones que elevan su nivel de ansiedad y dejan de hacerlo en aquellas en las que se sienten relajados. Afirman que la tartamudez está asociada a las situaciones en las que hay tensión, observándose niños que tienden a tartamudear frente a sus mayores, pero con muy poca frecuencia cuando hablan con hermanos o amigos. De igual forma comentan que la tartamudez está asociada a situaciones específicas y a la relación que tienen éstas con críticas, burlas o amenazas.

Olivares (2005) menciona que un comportamiento que se va instalando cada vez más en los sujetos que tartamudean es la huida o la evitación de situaciones en las que hay que hablar. Al analizar los rasgos de personalidad de sujetos tartamudos, muchos suelen ser ansiosos, introvertidos y poco hábiles socialmente.

Los problemas en la fluidez del habla de Sebastián radicaban en su respiración y en las evaluaciones cognitivas que realizaba tanto de la situación en la que tenía que interactuar verbalmente con alguien, como de su capacidad para hablar correctamente. Su tartamudez empeoraba si tenía que platicar acerca de sus gustos y preocupaciones, cuando tenía que contar algo que le había sucedido y que le había generado enojo o angustia, cuando tenía que explicar algo a su mamá o bien, solicitar que se le diera algo o que se jugara con determinado material.

Por lo general evitaba situaciones sociales que implicaban una interacción verbal, como ir a comprar a la tienda, participar en clase, platicar alguna anécdota a sus amigos o familiares, entre otras; en algunas ocasiones su discurso era fluido, sobre todo cuando jugaba o cuando se sentía en confianza. Se podría decir que la tartamudez de Sebastián se daba como respuesta a la ansiedad que le generaba dar una explicación verbal.

Sebastián mostraba una preocupación consistente por esta dificultad. Sus padres mencionaron que en ocasiones lo corregían al tartamudear, no le daban la oportunidad de hacerlo por sí mismo y esto hacía más evidente el problema. La madre se notaba muy preocupada por la situación y siempre se mostró, al igual que su esposo, muy colaboradora en el proceso de cambio de su hijo.

De acuerdo con Olivares (2005) los padres juegan un papel primordial en el manejo de la ansiedad y la transmisión de la seguridad al hablar con su hijo. Si éstos presionan al niño desde que éste empieza a hablar para que lo haga bien, a la larga desarrollará miedo a equivocarse y se sentirá tenso porque entonces podrán criticarlo y llamarle la atención. Este miedo a hablar se verá reforzado cuando hable, ya que aparecen las críticas y una autoevaluación negativa, pues el niño se da cuenta que tartamudea.

Sebastián poseía una baja tolerancia a la frustración. Le gustaba planear con anticipación las actividades que se realizarían en las sesiones y llevar juegos o juguetes de su casa para compartir, sobretodo juegos de mesa. En las primeras etapas de la intervención era muy difícil que aceptara cambiar la actividad que ya había elegido; si por alguna razón no se podía jugar lo que quería, se enojaba e insistía para que se cambiara la actividad. Conforme fue avanzando el proceso de intervención, el niño se mostró más dispuesto a aceptar nuevas opciones y manejó mejor los cambios.

Estos mismos patrones de pensamiento se repetían en casa ocasionando conflictos en la familia, sobre todo cuando se trataba de planes de diversión que por diferentes razones no podían llevarse a cabo como se habían planeado; el niño se molestaba y no quería cambiar lo que previamente la familia había acordado. La principal preocupación de los padres era que, cuando esto sucedía, Sebastián se sentía defraudado ya que los demás no cumplían lo que le habían dicho, sin importar la razón del cambio de planes.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Johnson (1992) menciona que la psicoterapia infantil, por lo general, tiene dos propósitos: 1) Resolver los problemas de conducta que ocasionaron que el pequeño fuera enviado a tratamiento y 2) conseguir un cambio general que reduzca las probabilidades de que el niño tenga dificultades en el futuro.

De acuerdo con este autor, cuando se trabaja con niños en psicoterapia, es necesario recurrir a actividades de comunicación no verbal debido al nivel de desarrollo cognitivo que poseen y a la dependencia de los padres que es posible que presenten.

Por lo tanto, en muchas ocasiones la psicoterapia infantil utiliza el juego como herramienta, ya que éste es la principal y más significativa de las formas en las que el niño aprende. Es el principal medio por el cual el niño ensaya actividades y papeles sociales y llega a establecer relaciones con los objetos y personas de su ambiente. En psicoterapia, el juego no es sólo la modalidad del tratamiento, sino también el método de comunicación entre el terapeuta y el niño, ya que al observar su juego éste puede comprender sus pensamientos, sentimientos y visión del mundo (O'Connor & Schaefer, 1998).

La psicoterapia infantil con juego ofrece una gama amplia de enfoques terapéuticos a la luz de los cuales se llevan a cabo las sesiones con el fin de conseguir el cambio en el paciente. Uno de ellos es la Psicoterapia de Juego Cognitivo-Conductual (TJCC).

Este enfoque se basa en los principios cognitivo-conductuales, los integra, y es sensible a los aspectos del desarrollo dentro de un modelo de terapia de juego. La TJCC enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta (O'Connor & Schaefer, 1998).

Las intervenciones cognitivo-conductuales buscan modificar patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas conductuales del paciente. Estas técnicas tienen una enorme cantidad de apoyo empírico y están consideradas entre las más eficaces de todas las intervenciones psicológicas (Phares, 1999).

En este enfoque los terapeutas tienen un papel activo, están orientados hacia objetivos concretos e intentan modificar pensamientos, emociones y patrones de conducta problemáticos a través del juego (Friedberg & McClure, 2005). El terapeuta proporciona, en función de la edad del niño, estrategias para desarrollar habilidades de afrontamiento modelando conductas adaptativas a través de juguetes, títeres y otros materiales (Schaefer, 2005).

Debido a las características cognitivas y de personalidad de Sebastián, este enfoque resultó útil en el manejo de su tartamudez, ya que a través de las técnicas utilizadas logró reconocer su padecimiento y generar conductas que propiciaran el desvanecimiento del mismo, fortaleciendo su autoconcepto, mejorando la seguridad en él y en sus capacidades, incrementando su tolerancia ante la frustración y modificando sus esquemas de pensamiento.

O'Connor y Schafer (1998) afirman que al incorporar en la terapia elementos cognitivos, el niño puede convertirse en un participante activo en el cambio, ya que al ayudar a los pequeños a identificar

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

y modificar creencias que potencialmente pueden ser desadaptativas, éstos pueden experimentar una sensación de comprensión y permisión personales.

De acuerdo con estos autores, la eficacia de este enfoque se relaciona con 6 atributos específicos (O'Connor & Schafer, 1998):

1. Integra al niño al tratamiento por medio de juego.
2. Se enfoca en los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente del niño.
3. Proporciona una estrategia para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativas.
4. Es estructurada, directiva y se orienta a la consecución de objetivos.
5. Incorpora técnicas demostradas de modo empírico.
6. Permite un análisis empírico del pensamiento.

Phares (1999) menciona que las principales técnicas para llevar a cabo el tratamiento cognitivo conductual son:

- Modelamiento o aprendizaje por observación. Se puede aprender de manera más eficiente una nueva habilidad o un nuevo conjunto de conductas a través de la observación, al ver a otras personas ejecutar una conducta. Esto ayuda a eliminar o reducir temores asociados
- Reestructuración racional.Consiste en hacer que las personas confronten su pensamiento ilógico ya que son las creencias sobre los eventos o situaciones activadoras, las que determinan las consecuencias problemáticas, emocionales o conductuales
- Inoculación contra el estrés. Implica la preparación cognitiva del paciente a través de la adquisición, ensayo y práctica de las habilidades necesarias para reducir la ansiedad
- Desensibilización sistemática. En ésta se identifican las situaciones generadoras de ansiedad y se ordenan, con el fin de que el terapeuta ayude a que el paciente avance en la jerarquía, controlando la ansiedad que experimenta a través de ejercicios de respiración y relajación.

Schaefer (2005) señala, además de las anteriores, las siguientes técnicas de intervención:

- Manejo de contingencias: técnicas que modifican el comportamiento controlando sus consecuencias a través del reforzamiento y la manipulación de los estímulos
- Tiempo fuera: implica apartar al pequeño de un reforzamiento, aunque también ha llegado a significar retirar al niño de un ambiente deseable y ponerlo en uno menos atractivo
- Autosupervisión: son las observaciones y registro que hace un individuo de sus propios actos o palabras
- Programación de actividades: se planean determinadas tareas y luego se ponen en práctica
- Registro de pensamientos disfuncionales: se puede realizar a través de registros simples o medios audiovisuales, como una grabadora, un reproductor, entre otros.

Los juegos infantiles populares también encajan con la Terapia de Juego Cognitivo–Conductual. Estos juegos son buenas herramientas ya que suelen tener componentes de resolución de problemas y activan las emociones. De igual forma, son útiles los juegos con muñecos o marionetas que permiten establecer diálogos socráticos e instaurar procedimientos autoinstruccionales. El terapeuta puede emplear estos juegos para identificar pensamientos y emociones, corregir patrones de pensamiento y mejorar habilidades sociales (Friedberg & McClure, 2005).

Aunque el trabajo en la TJCC principalmente es con el niño, es importante reunirse de manera periódica con los padres para obtener información sobre el pequeño, supervisar la interacción padres – hijo, trabajar en ámbitos de interés y ayudar a los progenitores a instrumentar estrategias apropiadas para manejo de la conducta del niño en casa (Schaefer, 2005).

OBJETIVOS Y METAS

A través de la intervención propuesta se buscaba que Sebastián:

- Adquiriera mayor seguridad al hablar, reconocer y controlar (hasta donde fuera posible) su tartamudez y las situaciones que la generan
- Aumentara su tolerancia a la frustración comprendiendo que no siempre se puede hacer lo que él quiere o en el momento en el que él lo desea, además de que nada pasa si las cosas no resultan como previamente se habían planeado
- Incrementara su autoestima al darse cuenta de sus fortalezas y de que es capaz de lograr cosas que creía difíciles o imposibles

Asimismo, se pretendía que los padres de Sebastián mejoraran y modificaran el manejo de la disciplina en casa, estableciendo límites y reglas de forma más consistente y cariñosa.

Es importante mencionar que el trabajo terapéutico contó con supervisión periódica, esto con el fin de mantener la objetividad y brindar una atención ética y profesional a Sebastián y su familia.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

El trabajo psicoterapéutico realizado con Sebastián tuvo una duración aproximada de un año y seis meses. Al inicio de la intervención se acordó junto con los padres que las sesiones se llevarían a cabo una vez por semana y tendrían una duración de 60 minutos. Asimismo se les solicitó que, de ser posible, este horario permaneciera constante.

El tratamiento se dividió en tres etapas, diagnóstico, intervención y cierre. Como se mencionó anteriormente, cada etapa culminó con una sesión de retroalimentación con los padres, misma que servía para establecer la fase consecuente y evaluar los avances observados en la terapia. A continuación se describen estas etapas.

Diagnóstico

Esta etapa tuvo una duración de cinco sesiones, durante las cuales se aplicaron juegos y técnicas para conocer más sobre Sebastián, éstas fueron:

1. **Mi problema es**. Sebastián representó con masa lo que consideraba era su problema en ese momento; sus principales preocupaciones fueron los exámenes y su tartamudez, que no le permitía hablar con claridad.
2. **MATEA** (Sentimientos con colores). Consistió en asignar un color a cinco sentimientos: miedo, alegría, tristeza, enojo y amor. Después de esto, se coloreó una hoja en blanco representando como se encuentran éstos dentro de él. Durante esta actividad Sebastián decidió no colorear la hoja en blanco, sino realizar una gráfica de barras; los sentimientos a los que les otorgó más énfasis fueron la tristeza y el enojo.
3. **Juego libre**. Éste se empleó para crear un ambiente de confianza en las sesiones permitiéndole elegir el juego que se jugaría. Durante esta fase principalmente eligió juegos de mesa o jugar futbol con una pequeña pelota; este tipo de juegos eran los que él más disfrutaba. A través de éstos se pudo observar que a Sebastián le disgustaba mucho perder e incluso, era necesario recordarle las reglas del juego para que no hiciera trampa.
4. **Los cinco más y los cinco menos**. Para esta dinámica, se le pidió al niño que dibujara en una hoja en blanco el contorno de sus manos y que después colocara en los dedos de la mano izquierda los nombres de las cinco personas que él sentía más alejadas, las que menos quisiera o las que menos tolerara, y en la mano derecha pusiera a aquellas que considerara más cercanas a él,

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

a las que más quería o con quienes le gustaba convivir más. Con esta técnica se identificó que el niño sentía una gran admiración por sus primos mayores y por sus padres, y que no le tenía mucha paciencia a su hermanita.

Durante la primera sesión se le explicaron las reglas del cuarto de juegos y la importancia de cuidar todos los juguetes que ahí se encontraban. Al preguntarle la razón por la que él creía que venía a la psicóloga, Sebastián contestó que el motivo era que quería dejar de tartamudear. Debido a la preocupación que su problema de lenguaje le generaba, inicialmente se le hicieron algunas recomendaciones para manejar su tartamudez:

a) No desesperarse por hablar para permitir que las palabras fluyeran con tranquilidad.
b) Si llegara a detenerse con alguna palabra, en lugar de tratar de seguir hablando, tratara de hacer una pausa, respirar profundo y hasta entonces, continuar con el discurso.

Al finalizar la segunda sesión, la madre solicitó consejos para manejar en casa la tartamudez de su hijo, ya que ella sentía que perdía la paciencia y por eso tendía a completar las palabras que a su hijo se le dificultaban. Entre las recomendaciones que se le dieron para apoyar a Sebastián a recuperar la confianza al hablar estuvieron:

a) No completar las frases y/o palabras cuando Sebastián se empezara a trabar, por el contrario, permitirle destrabarse por sí solo.
b) Recomendarle al niño que respirara únicamente si había pasado un tiempo considerable repitiendo la misma frase o palabra.
c) Tener mucha paciencia al platicar con el niño, teniendo siempre en cuenta que no tartamudeaba a propósito.

Esta etapa finalizó con una sesión de retroalimentación con los papás en la cual expresaron que percibían un avance en la tartamudez de su hijo a pesar de que el número de sesiones era reducido. Se considera que este avance se debió principalmente a que desde el primer día, tanto Sebastián como sus padres, tomaron en cuenta las recomendaciones que se les hicieron. Asimismo, uno de los temas discutidos durante esta sesión fue la forma en la que se disciplinaba a sus hijos en casa, ya que ambos padres mencionaron que el estilo que empleaban para educar a sus hijos era autoritario, con base en regaños y llamadas de atención, sin establecer reglas explícitas, claras y sin ser consistentes en la asignación de castigos y reprimendas.

Debido a lo anterior, se dieron recomendaciones a los padres con el fin de modificar el estilo educativo que utilizaban para educar a sus hijos, entre ellas se encuentran:

1. Estar consciente que es posible cometer errores al disciplinar y aplicar reglas en casa.
2. Evitar disciplinar por medio de comportamientos que no son deseables que el niño imite al solucionar problemas, como gritar o agredir físicamente.
3. Tener mucha constancia y persistencia en el manejo de los castigos, recompensas y límites con el fin de crear hábitos de alimentación, higiene, y estudio, entre otros.
4. Llegar a un consenso sobre las reglas de la familia. Es recomendable crear un reglamento familiar, que hable acerca de lo que se debe y no hacer dentro de casa, que incluya reglas claras, sencillas y aplicables a todos los miembros de la familia. Es importante considerar también consecuencias positivas si se cumplen estas reglas y negativas si se infringen.
5. Ser guías y no jueces que enseñen conductas apropiadas al niño, acompañándolo en el proceso terapéutico, sin juzgarlo por las cosas que no logra y recompensándole por aquellas que sí alcanza.

Al final de la sesión se acordaron los objetivos de la fase de intervención, así como los horarios y días en los que Sebastián asistiría a sesión. Se les recomendó a los papás estar pendientes de la conducta de

su hijo y mantener una estrecha comunicación conmigo para evitar que existieran dudas o conflictos a lo largo del proceso.

Intervención

Esta fase tuvo una duración de 10 meses, en los cuales se llevaron a cabo diversas técnicas para cumplir los objetivos que se plantearon:

1. Control del nerviosismo y ansiedad con el fin de disminuir la tartamudez.
2. Flexibilidad en los esquemas de pensamiento.
3. Fortalecimiento del autoconcepto, la autoestima y las relaciones familiares.

Debido a que desde las sesiones de diagnóstico se observaron avances en la fluidez del habla de Sebastián, se descartó la necesidad de enviarlo a una evaluación fonológica, y se comentó con sus padres que en caso de que después de un mes no se observara mejoría, se canalizaría a Sebastián con un especialista. Ellos estuvieron de acuerdo, sin embargo siempre creyeron que la situación de su hijo era simplemente emocional.

Lo primero que se trabajó con Sebastián fue el reconocimiento de los momentos en los que se trababa más al hablar. A partir de este análisis, el niño descubrió que su problema empeoraba cuando tenía que participar en clases, explicar algo que era muy especial o íntimo, cuando tenía que comprar algo en la tienda, hablar en público o preguntar alguna indicación. Se le recomendó realizar en casa ejercicios frente al espejo o con una grabadora, con el fin de ensayar el discurso que emplearía al socializar, para que poco a poco se fuera familiarizando con esta actividad y disminuyera el nerviosismo y la inseguridad que lo acompañaban.

De igual forma se le recomendó que al realizar estas actividades, estuviera muy pendiente de su respiración y que si, al hablar llegaba a trabarse, guardara la calma, hiciera una pausa breve, respirara profundamente y continuara hablando.

Estos ejercicios eran realizados por el niño por lo menos dos veces por semana durante media hora; sus papás lo apoyaban recordándole que debía llevarlos a cabo.

A través de estas actividades, el niño fue mejorando su fluidez al hablar, pues reconoció las situaciones que le generaban ansiedad y poco a poco fue dándose cuenta de **qué sentía en su cuerpo cuando estaba ansioso** y **qué pensaba al sentirse así**; logrando dominar estas sensaciones mediante la respiración, el reconocimiento de pensamientos ilógicos y el cambio de los mismos por frases positivas sobre sí mismo, por ejemplo, **yo puedo hacerlo**, **no pasa nada si me equivoco**, **estaré tranquilo**, entre otras.

Al reconocer y combatir el problema de tartamudez que la ansiedad le provocaba, fueron surgiendo otras formas de manifestación de la misma; la primera de ellas fue morderse las uñas y la segunda, apretar la mandíbula al dormir. Sebastián las reconoció cuando se le comentó que algunas veces la ansiedad era engañadora y a veces se convertía en una conducta diferente que le servía para manifestarse.

Igualmente, se le mencionó que la clave para poder descubrirla era observar qué hacía en las situaciones que le generaban nerviosismo o estrés, ya que era posible que pudiera tener respuestas automáticas diferentes a las anteriores y que por lo mismo podría ser difícil reconocerlas; Sebastián mencionó que la situación más estresante para él eran los exámenes y que antes de tenerlos, se mordía mucho las uñas, le costaba conciliar el sueño o se levantaba por las mañanas con dolor en las mandíbulas.

Se le comentó que éstas podrían ser manifestaciones de la ansiedad y que lo que podría hacer era utilizar algunas técnicas para contrarrestarlas. En el caso de la onicofagia (comerse las uñas), se le recomendó **engañar** a su lengua con algo más sabroso que sus uñas, por ejemplo, una pastilla o un dulce, y para combatir la tensión antes de dormir se le enseñaron ejercicios de relajación muscular y actividades de imaginería que podría emplear para iniciar el sueño y para descansar y relajarse durante éste; asimismo, se le recomendó escuchar música clásica antes de dormir.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Durante la época de exámenes, el niño llevó a cabo estas recomendaciones y, logró combatir la ansiedad, sus uñas crecieron y con orgullo enseñaba lo largas que estaban. Comentaba que lograba dormir más tiempo si hacía los ejercicios de relajación o si escuchaba música al acostarse.

Por otro lado, una manifestación de su baja tolerancia a la frustración era su incapacidad para aceptar cuando perdía en algún juego de mesa, así como su negación a improvisar la actividad al llegar a la sesión, ya que prefería que desde la sesión previa se planeara el juego.

En una ocasión, al finalizar una sesión, mencionó que le gustaría jugar fútbol en la siguiente. Debido que para esa sesión ya se había planeado una actividad específica, se le planteó la posibilidad de llevarla a cabo primero y en el tiempo restante jugar fútbol. Al principio, Sebastián se negó argumentando que ya había planeado que fuera de la otra forma, sin embargo, al ver que el tiempo de la sesión seguía pasando y no había realizado ninguna actividad, accedió a cambiar el plan. Al final de la sesión se comentó el hecho de que muchas veces por tratar que las cosas salgan como se planean, se dejan de disfrutar momentos, por recriminar que los planes se modificaron.

Esta sesión fue muy importante ya que le permitió darse cuenta que aunque las cosas no siempre salen como se planean, igual es posible intentar algo divertido con las opciones que se tienen.

Asimismo, cada sesión se le recordaba que lo importante no es ganar cuando se juega sino divertirse, y que quien realmente perdía era el que al terminar el juego no se sentía alegre o divertido. Este tipo de planteamientos ayudaron a Sebastián a aprender a disfrutar más las actividades, dejando de enojarse al no poder realizarlas de acuerdo a un plan previamente establecido.

A través de los juegos de mesa, se pudieron simular situaciones frustrantes permitiéndole adquirir mayor flexibilidad de pensamiento; así Sebastián pasó de jugar con el único objetivo de ganar, a hacerlo para simplemente disfrutar del juego y divertirse. Esta misma asociación se le recomendó realizarla en su vida cotidiana, con el fin de ayudarle a entender que aunque las cosas no salieran como se esperaba, podían ser placenteras y disfrutables.

Después de varios meses de trabajo continuo Sebastián empezó a ser más consciente de los cambios que se gestaron durante el tratamiento. Hacia finales del mes de diciembre tuvo una clase pública y ganó la banda de excelencia por haber respondido correctamente a algunas preguntas que se le hicieron de manera oral, lo cual resultó muy significativo para él porque se dio cuenta que esforzándose podía conseguir que en su vida sucedieran cosas buenas. Cuando se evaluaron las ganancias que la banda le brindaba, mencionó que lo que le hacía más feliz era saber que su esfuerzo al estudiar había valido la pena y le había permitido estar tranquilo y seguro de que al contestar no tendría errores, situación que disminuyó su tartamudez durante el examen oral.

Los papás modificaron las prácticas de disciplina que empleaban al educar a sus hijos. Crearon el reglamento interno en casa junto con los niños, mismo que contenía las principales reglas de convivencia que se tenían que cumplir. Dejaron de intervenir de forma precipitada durante las discusiones entre los hermanos, permitiéndoles que primero ellos intentaran resolver la situación; los gritos disminuyeron considerablemente, debido a que la estructura en casa era más clara permitiendo que los niños supieran qué cosas les estaban permitidas hacer y cuáles no. De igual forma disminuyeron las discusiones entre ambos padres porque empezaron a respetar las decisiones que cada uno tomaba en lo referente a la educación de los niños y se abrieron canales de comunicación que les permitieron ponerse de acuerdo y tener el mismo objetivo al disciplinar a sus hijos.

Con las modificaciones realizadas en casa y las mejoras personales de Sebastián, las discusiones y peleas con su hermana disminuyeron. En una sesión se le mencionó que era importante tenerle paciencia, tratando de disminuir las discusiones por cosas o situaciones irrelevantes, como la televisión o la computadora y aumentando la convivencia entre los dos a través de juegos o paseos. Sebastián siempre estuvo de acuerdo con esta idea e invitó en dos ocasiones a su hermana a jugar en las sesiones. Durante éstas se le modeló la manera como debía tratarla y al final de cada una se le retroalimentó su conducta para que la modificara en las actividades a realizar en casa.

Un aspecto importante para TJCC es el uso de conductas nuevas y más adaptativas por parte de los pacientes, en su funcionamiento cotidiano fuera de la terapia, al asignarles tareas para casa en la

modalidad de labores entre sesiones, las cuales se preparan para reforzar y complementar el trabajo que tiene lugar en la sesión (O'Connor & Schaffer, 1998).

Durante un viaje familiar a *Disney World*, se percató que podría llegar a tener una relación cordial con su hermana, ya que en este viaje no discutieron, no pelearon y se pudieron poner de acuerdo para llevar a cabo el plan del viaje. Esto animó a Sebastián a continuar trabajando la paciencia con su hermana, tratando de mejorar el trato hacia ella.

Como en la etapa anterior, ésta finalizó con una sesión de retroalimentación con ambos padres donde se corroboró el avance que Sebastián había conseguido hasta ese momento. Se les alentó a continuar esforzándose en la educación de los niños, porque gracias a los cambios habían hecho en casa, los avances que el niño había tenido, se mantenían por más tiempo. Se habían cumplido casi en su totalidad los objetivos que se habían planteado al inicio de la intervención, ya que la tartamudez había disminuido considerablemente, Sebastián ya no evitaba hablar en público, además de que podía aceptar cambios en sus planes sin enojarse o frustrarse. Estos avances fortalecieron la autoestima del niño y le permitieron sentir que era capaz de conseguir lo que quisiera si se esforzaba. Se acordó espaciar las consultas y ver a Sebastián cada 15 días hasta que el proceso se cerrara y se les recomendó empezar a preparar a Sebastián para dicho cierre.

CIERRE

Esta fase tuvo una duración de tres meses durante los cuales las consultas se llevaban a cabo cada 15 días. Durante esta etapa se hicieron evaluaciones del progreso del niño a la vez que se le reflejaban sus avances. Cuando se acercaba el periodo de vacaciones de semana santa, el niño decidió que ya era momento de dejar de asistir y se planificó en conjunto el cese de sus sesiones. Pidió que la última sesión fuera antes de las vacaciones para que fuera más fácil para él despedirse y acostumbrarse a dejar de asistir a la terapia. Los papás aceptaron esta decisión recordándole a Sebastián que, el hecho de que ya no asistiera a terapia, no significaba que dejarían de esforzarse para seguir mejorando.

El camino tenebroso fue una actividad (un dibujo) que se realizó durante las sesiones de cierre y que permitió que Sebastián observara el camino de crecimiento que siguió a lo largo del proceso (ver figura C5-2). Esta actividad se preparó específicamente para que el niño visualizara el avance que hasta el momento se había conseguido a través de las sesiones de juego, permitiendo reenfocar el trabajo terapéutico y solidificar las metas a conseguir en la etapa del cierre. Para la TJCC es importante constituir y conseguir objetivos a lo largo del tratamiento, el cual debe ser estructurado, antes que de final abierto (O'Connor & Schaffer, 1998), ver figura 1.

Primero se le presentó el dibujo de un río atravesado por seis piedras. De un lado del río se encontraba un niño que pedía ayuda y del otro un día de campo en un bosque. Se le dijo que las piedras representaban todos esos obstáculos que él había enfrentado a lo largo del proceso, y que el cierre de la intervención estaba representado por el día de campo al que tenía que llegar utilizando las piedras. Se le pidió que mencionara cuáles habían sido los principales obstáculos que venció durante todo el tiempo que estuvo trabajando. Él mencionó que el primero fue la tartamudez, después lograr relajarse y no estar ansioso; luego el nerviosismo, sobretodo en los exámenes y por último la relación con su hermana.

Se le mencionó que todos esos obstáculos estaban superados y que ya se encontraba a la orilla del río; lo único que faltaba era que él se animara a caminar hacia su recompensa. Sebastián agregó que estaba a punto de llegar, pero que antes tenía que combatir a un dinosaurio y atravesar un bosque en llamas para luego llegar a su recompensa.

Con esto representó su resistencia o miedo a dejar las sesiones, sin embargo no perdió de vista que tenía que luchar por conseguir su objetivo. Se le comentó que con todos los obstáculos que ya

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

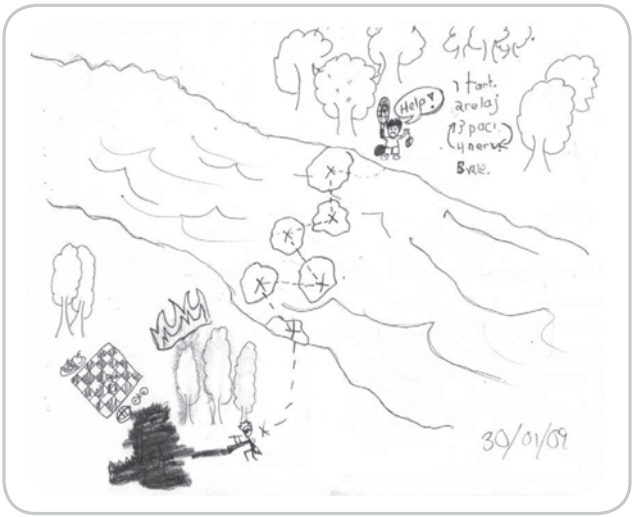


Figura C5-2. El camino tenebroso.

había superado, sería muy injusto que al final no pudiera disfrutar su recompensa por tenerle miedo al dragón o al fuego. Él mencionó que no iba a ser así porque al enfrentarlos iba a reforzar todo lo que ya había ganado y se iba a ser más fuerte para disfrutar más de su día de campo.

Las últimas dos sesiones fueron de vital importancia para lograr que el niño terminara el proceso de terapia con la confianza de que era el momento adecuado para hacerlo y de que por sí mismo lograría mantener el avance que hasta ese momento había alcanzado. Durante la penúltima sesión se le enseñaron los dibujos que había hecho en sesiones anteriores y se trabajó en torno a todas las actividades que se habían realizado durante los meses anteriores.

Gracias a este encuadre, Sebastián pudo apreciar claramente el cambio que él había conseguido al esforzarse y se comprometió a continuar haciéndolo para mantener estas mejoras. En la última sesión, se trabajó con **el cofre del tesoro,** una actividad en la que se le pedía que escribiera en unos cuadritos de papel las cosas a las que les dijo adiós y a las que les dio la bienvenida durante este proceso.

Él mencionó que se despedía de su tartamudez y del estrés y que le daba la bienvenida a la seguridad y al relajamiento. De igual forma se le pidió que en otros papelitos escribiera lo que había combatido durante las sesiones y aquellos regalos que se llevaría. Primero mencionó que había luchado con los miedos, con sus peleas con su hermana, su inseguridad y por molestarse cuando no salían las cosas como esperaba; entre los regalos que se llevaba de la intervención estaban: tener una mayor seguridad, aprender a disfrutar, ver a su hermanita como su mejor amiga y tener mejores calificaciones.

De igual forma se añadieron a su cofre cartas que le escribieron sus papás y su hermanita, donde expresaban el cariño que le tenían y lo felicitaban por todo el esfuerzo y los logros que había conseguido.

Se le recomendó que de vez en cuando revisara su cofre de tesoros y que recordara todo lo que había conseguido durante este tiempo; asimismo, que siempre recordara que estos logros se debían principalmente a su esfuerzo.

Esta técnica sirvió para reforzar el trabajo en las sesiones. Esta actividad es una adaptación de la técnica de la **Medalla de valor** de Friedler & McClure (2005) para trabajar con niños ansiosos, en la cual se le refuerzan al niño sus logros, así como su capacidad para afrontar y controlar sus inseguridades. En lugar de manejar una medalla se empleó un tesoro, debido a que a Sebastián le atraían los temas de piratas y tesoros. Las cartas de sus familiares reforzaron los avances que Sebastián describió en las hojas de su tesoro.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

A través de los trabajos del niño realizados durante las sesiones de juego y la retroalimentación continua con los papás, se pudo evaluar la eficacia del tratamiento, pues se cumplieron los objetivos propuestos al inicio de la intervención.

La notable disminución de su tartamudez, la mejora de la confianza en sí mismo, el aumento de la tolerancia a la frustración y el cambio en la relación con sus padres y su hermana, fueron algunos de los avances que se observaban de forma evidente en Sebastián.

Sus padres estaban muy contentos con el avance observado en su hijo, sobre todo porque se le veía más feliz. Al modificar las formas en que se disciplinaba a los niños, los lazos entre los miembros de la familia se estrecharon porque los regaños, discusiones y peleas disminuyeron.

Sebastián a través de sus dibujos demostró que observaba en sí mismo un avance considerable. A mitad de la intervención se aplicó una técnica llamada **La historieta de mi vida** donde a través de dibujos el niño expresó cómo se sentía al inicio de la intervención, y la forma en que ese sentimiento de malestar fue disminuyendo con el tiempo y con las situaciones que se fueron enfrentando a lo largo del proceso (ver figura C5-3).

Al realizar este dibujo primero mencionó que antes de asistir a terapia estaba **mal**; dibujó a un niño con su pie lastimado que no se podía mover para jugar futbol porque sentía que no era bueno en muchas cosas. También dibujó una pequeña lengua porque ésta se le trababa y tartamudeaba. Luego de un tiempo se sintió **medio mal** y dibujó un niño que ya pateaba la pelota, pero que no le salía bien y colocó también un candado porque a veces solo quería que las cosas salieran como él decía. Posteriormente se sintió **medio feliz** y dibujó un niño en una patineta que representaba que ya podía hacer más cosas y una **sonrisa feliz** porque ya disfrutaba más los juegos y se molestaba menos.

En el siguiente cuadro se percibía ¾ **feliz,** representando su estado al momento de realizar esta actividad. Dibujó los juegos olímpicos que estaban próximos y que estaba esperando, y la silueta del castillo de Disney, porque durante ese viaje no había tartamudeado al hablar en inglés, ni se había peleado con su hermana; lo que le hizo darse cuenta de que si se esforzaba podría salir bien de estas dos situaciones. En el cuadro final representó que en un futuro esperaba estar **100% feliz** y dibujó muchas canastas de basquetbol porque jugar este juego era una meta que quería conseguir

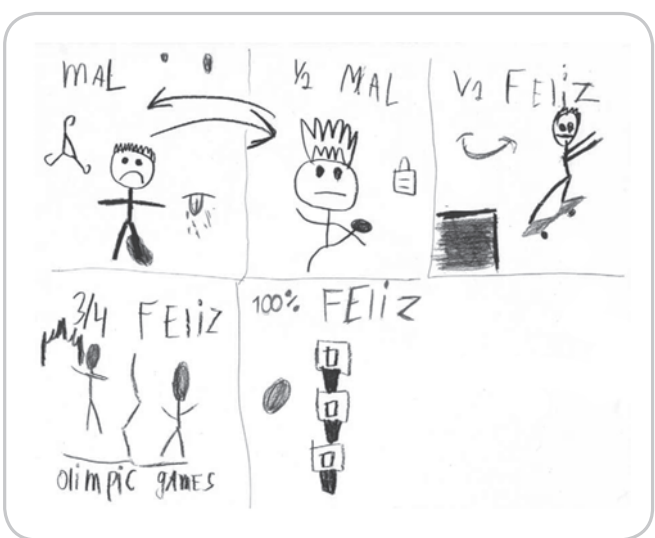


Figura C5-3. La historieta de mi vida.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

más adelante y porque a futuro iba a lograr cosas que parecían difíciles, pero que requerían de mucho esfuerzo, como anotar canastas.

La Terapia de Juego Cognitivo-Conductual, resultó ser una herramienta útil para el manejo de las sesiones, ya que a través de sus técnicas se pudo fortalecer al niño en el manejo de la ansiedad, descubrió sus fortalezas y las potencializó para alcanzar sus objetivos, modificó muchas ideas irracionales por otras más adecuadas y modeló conductas adaptativas dentro de las sesiones de juego, mismas que trasladó a su vida cotidiana.

SEGUIMIENTO

Al final del proceso de cierre se llevó a cabo una sesión de retroalimentación con los papás donde se comentaron todos los avances obtenidos y se sugirió que a pesar que ya no se iba a trabajar continuamente, no se hicieran a un lado todas las estrategias llevadas a cabo durante la intervención. Igualmente se acordó espaciar las sesiones poco a poco hasta llegar a tener una sesión cada seis meses.

Durante la primera sesión de seguimiento se platicó con Sebastián acerca de la forma en que había logrado mantener sus avances. Se realizó la actividad titulada **Antes, después y qué falta**, donde se le pidió que representara o escribiera su percepción de cómo era antes, cómo es ahora, después de la intervención y qué es lo que tiene que tomar en cuenta para el futuro. A través de esta actividad se pudo esquematizar los objetivos de terapia conseguidos y mantenidos durante el seguimiento; los cuales dependieron del esfuerzo de Sebastián. De igual forma, el niño logró reconocer aquellas situaciones que todavía requería mejorar. Para TJCC es importante que el niño experimente al final del tratamiento que puede manejarse sin el terapeuta y que a su vez, reconozca las posibles situaciones que ocasionarían una recaída para poder trabajar sobre ellas (O'Connor & Schaffer, 1998). En esta actividad, el niño decidió escribir en lugar de dibujar (ver figura C5-4).

En la columna de **antes** expresó que anteriormente tartamudeaba mucho, era impaciente, se peleaba con su hermana y no se relajaba. En la columna de **después**, mencionó que ahora casi no tartamudeaba, que era más paciente, que casi no se peleaba con su hermana y lograba relajarse. En la

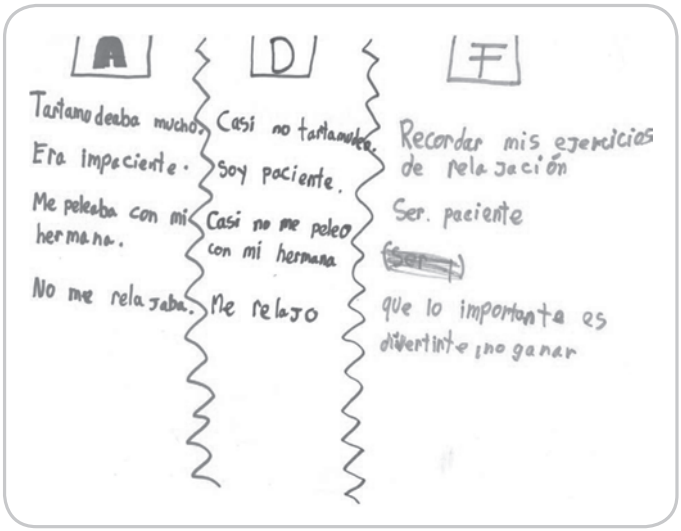


Figura C5-4. Antes, después y qué falta.

última columna expresó que le faltaba recordar sus ejercicios de relajación, sobre todo por las noches y en las épocas de exámenes, ser más paciente y que lo importante era divertirse y no ganar.

Actualmente, esta fase continúa. Las sesiones se han espaciado a una sesión cada seis meses y Sebastián es quien solicita la cita a sus papás. Durante la última sesión se volvió a revisar si sus avances se habían mantenido a lo largo del tiempo. Todo indica que sí, ya que su fluidez al hablar es mucho mayor, su tono de voz es más fuerte y es más seguro al entablar una conversación. La relación con sus papás y con su hermanita es mucho más cercana y las discusiones entre los miembros de la familia disminuyeron considerablemente.

Su rendimiento en clases sigue siendo muy bueno, incluso ya ganó una segunda banda de excelencia en este tiempo. Se está planeando un cambio de escuela y él se siente seguro de que podrá hacer todo de su parte para adaptarse y conocer nuevos amigos. De acuerdo con su madre, el mayor avance que Sebastián ha tenido a lo largo de este proceso es la felicidad que obtuvo al aprender a disfrutar su vida

Cuando a Sebastián y a sus padres se les planteó la posibilidad de que el trabajo realizado durante este tiempo se publicara, accedieron muy contentos, bajo la premisa de que su trabajo y esfuerzo serían de utilidad para otros profesionales y otras familias que podrían estar pasando por la misma situación que ellos.

REFERENCIAS

Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós.
Johnson, J. (1992). *Métodos de tratamiento infantil.* (8ª ed.). México: Limusa
O' Connor, K. & Schaefer, Ch. (1998). *Manual de Terapia de Juego*. Vol. 1. México: El Manual Moderno.
O' Connor, K.& Schaefer, Ch. (1998). *Manual de Terapia de Juego*. Vol. 2. México: El Manual Moderno.
Olivares. J. (2005). *El niño con miedo a hablar*. España: Pirámide.
Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo* (8ª ed.). Colombia: Mc Graw Hill.
Phares, J. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: El Manual Moderno.
Santacreu, J. & Xesús, M. (2001). *La tartamudez: guía de prevención y tratamiento infantil.* España: Pirámide.
Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego.* México:El Manual Moderno.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CASO 6.
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

"Crescón: el miedo a crecer"

Verónica Ruiz González
Psicoterapeuta Infantil
Facultad de Psicología, UNAM

Este estudio refiere el caso de Dulce, una niña de nueve años quien presentaba temor a crecer, a ser secuestrada y a la muerte. El proceso psicoterapéutico incluyó doce sesiones individuales, tres sesiones de orientación con padres y una sesión familiar.

El proceso de psicoterapia se fundamentó en el Modelo Narrativo, basado en la reescritura de las historias vitales para el paciente que se tornan limitantes o incoherentes y requieren una corrección o elaboración significativas. Esto se realiza a través del proceso de narrar y re-narrar las vivencias, ya que el relatar lo vivido determina el significado que se atribuirá a la experiencia (White & Epston, 1993).

El proceso terapéutico incluyó la aplicación de varias técnicas narrativas de conversación lúdica, que se fueron estructurando mediante los siguientes momentos: historia saturada del problema, externalización del problema, identificación de la influencia del problema y el cómo la niña permanece en él, la identificación de eventos extraordinarios, la construcción de historias, las alternativas para manejar el problema y el cierre psicoterapéutico.

Los resultados obtenidos fueron clínicamente significativos, ya que se consiguió que Dulce identificara y describiera la historia dominante en relación con sus temores y el contenido de las distorsiones cognitivas que presentaba; los externalizara a través de técnicas de dibujo y arte, experimentando mayor control sobre dichos miedos; construyera historias alternativas mediante el uso de la metáfora y de técnicas narrativas. De este modo, con la reestructuración cognitiva fue capaz de atribuir nuevos significados a sus vivencias, de tal manera que nuevamente se contactó con su deseo por crecer y fortaleció sentimientos de seguridad en sí misma y en el entorno. Finalmente, Dulce pudo reconocer sus recursos psicológicos e identificó sus habilidades para poder afrontar sus dificultades, tomar decisiones y solucionar problemas.

Posteriormente a la intervención terapéutica, se realizaron dos sesiones de seguimiento en donde fue posible constatar la permanencia de dichos cambios tanto en Dulce como en su familia.

ESTUDIO DE CASO

Los niños experimentan miedos muy variados a lo largo de su desarrollo. La mayoría son pasajeros, de poca intensidad y propios de una edad determinada. Estos temores son propios del proceso de desarrollo en la infancia ya que se consideran como un bagaje de la sobrevivencia de la especie y brindan a los pequeños la oportunidad de aprender a enfrentar situaciones difíciles y estresantes, con las que ineludiblemente se toparán en su vida.

Una pequeña proporción de los miedos infantiles son persistentes y continúan presentándose incluso en la edad adulta. Si los temores se presentan de manera frecuente y en un lapso de tiempo prolongado, pueden convertirse en un problema más severo que interfiera en su funcionamiento cotidiano y el de su familia. De ahí la importancia de la intervención terapéutica cuando estos miedos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

son persistentes. A continuación se describe el proceso psicoterapéutico de Dulce y la forma en la que ayudó a **Crescón** a crecer mediante el uso de la conversación lúdica que permitió a la niña a reconocer sus recursos para afrontar sus miedos y recuperar su deseo por crecer.

Para entender cómo el miedo se constituyó en un problema para Dulce, se ofrece la descripción de las características de la paciente y de su familia, así como el estado de la problemática al inicio de la psicoterapia.

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre: Dulce
Sexo: femenino
Edad: nueve años seis meses
Escolaridad: 3º primaria en colegio privado
Nacionalidad: mexicana, oriunda del Distrito Federal
Nivel socioeconómico: medio alto

Descripción clínica de la paciente

Dulce es una niña agradable y afectuosa, cuya apariencia física corresponde con su edad cronológica; su complexión física es media; presenta excelentes condiciones de higiene pero su aliño es regular, con frecuencia se presentaba con el cabello cepillado, pero sin peinar y llegaba como adormilada, ya que asistía a las sesiones de psicoterapia después de sus actividades escolares. Sin embargo a pesar del agotamiento que se observaba, Dulce siempre fue puntual y se mostraba muy participativa y colaboradora.

Desde el inicio del proceso, manifestó su confianza hacia la psicoterapeuta y se expresaba verbalmente con facilidad y sinceridad. Su flujo de pensamiento era coherente y congruente con su expresión corporal. Su postura era alineada, su mirada cálida y atenta, sus movimientos fluidos y espontáneos.

Dulce disfrutaba de los juegos creativos, que implicaban la construcción de historias, la expresión escrita y gráfica (dibujo y artes plásticas). Fue mediante estas actividades lúdicas que logró contactarse con sus emociones, pudo identificarlas y expresarlas, con una excelente capacidad de introspección.

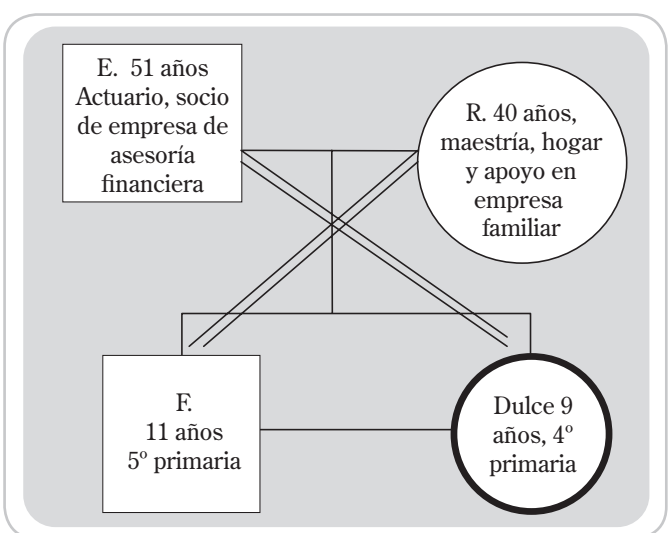


Figura C6-1. Familiograma.

La familia de Dulce está integrada por cuatro miembros: su papá, su mamá, ella y su hermano mayor. Su padre es actuario y socio de una empresa de asesoría financiera. Su mamá es licenciada en Comunicación y tiene una Maestría en Desarrollo Humano, es ella quien administra todo lo relacionado con el hogar y el cuidado de los hijos, y ocasionalmente colabora en la empresa familiar.

Cuando inició el tratamiento, sus padres mantenían una buena relación conyugal; pero tiempo atrás habían tenido múltiples dificultades: discusiones, gritos y agresión de tipo verbal (descalificaciones y ofensas, principalmente del padre hacia la mamá). Durante ese periodo la madre de Dulce, R, presentó episodios depresivos recurrentes.

El padre mantenía una relación muy cercana y afectiva con Dulce y su hermano, F. La madre tenía una relación muy cercana con su hijo. Si bien aunque la relación con Dulce era buena, era más firme y estricta con ella y le costaba trabajo reconocerle sus logros y cualidades. La madre expresó que el que Dulce fuera niña le facilitaba identificarse con ella, de este modo, proyectaba en su hija tanto los aspectos positivos como negativos de sí misma (identificación proyectiva).

La relación entre los hermanos era buena, aun cuando en algunas ocasiones tenían discusiones y peleas que por lo general lograban resolver juntos, sin la mediación de los padres. Tanto Dulce como sus padres, refieren momentos de colaboración entre hermanos y un vínculo fraterno afectuoso y cercano. Sin embargo, en ocasiones Dulce expresaba quejas relativas a la preferencia que su mamá sentía por F, con quien se mostraba más complaciente, considerada y afectuosa.

Dulce y su hermano F comparten el gusto por su escuela, en donde ambos sienten que pertenecen, anualmente realizan un viaje de intercambio junto con sus padres y sus mejores amigos, quienes también son hermanos y con quienes comparten muchos momentos de juego y actividades tanto escolares como extracurriculares.

MOTIVO DE CONSULTA

Dulce fue quien le pidió a su mamá que la llevara a terapia como a su hermano, ya que presentaba miedo a ser secuestrada, pesadillas, dificultad para dormirse sola, preocupación relativa con la muerte tanto de sus padres como la propia, angustia y pensamientos catastróficos: "no quiero crecer porque sé que voy a drogarme, tomar alcohol o me van a secuestrar y matar".

La niña comenzó a presentar el problema dos meses antes del inicio de la psicoterapia, posteriormente a un viaje de toda la familia al extranjero. El cual fue descrito por todos como placentero y gratificante, durante toda la estancia Dulce mostró una actitud relajada y de cercanía con su hermano, amigos y con su mamá. Sin embargo, al llegar al D.F. escucharon la noticia de que el hijo de un empresario, un adolescente, había sido secuestrado y asesinado, noticia a la que Dulce reacciona con mucha ansiedad.

A raíz de este evento, la madre comentó con sus hijos "los riesgos que podrían tener durante la adolescencia" y les habló de las drogas y el alcoholismo, ya que quería prevenirlos de todos esos riesgos por la preocupación que tiene por sus hijos. La plática de la madre respecto a los **riesgos en la adolescencia** fue vivida por Dulce como abrumadora y respondió con angustia y miedo, percibiéndose a sí misma como vulnerable e incapaz de afrontar dichas situaciones, refiriendo que "ella seguro se iba drogar o tomar cuando fuera adolescente y que por eso no quería crecer: ¡tenía miedo de crecer!" (*sic*).

En ese tiempo, Dulce y su hermano comenzaron la preparación para su primera comunión. Aunque la niña manifestaba interés y agrado por las clases de catecismo; empezó a presentar inquietudes con relación a muerte y la vida después de la muerte. Sus pensamientos se relacionaban con su muerte y la de sus padres, lo que le generaba mucha angustia.

A los miedos y preocupaciones que Dulce manifestaba, sus padres le respondían dándole explicaciones lógicas respecto a las situaciones de riesgo, incluso en varias ocasiones su mamá llegó a decirle que "no fuera tonta, que ella no era tonta y no le iba a pasar todo eso". Por momentos estos razonamientos de la madre la tranquilizaban, pero seguía presentando pesadillas y una intensa angustia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

HISTORIA DE DESARROLLO DE LA NIÑA

La madre de Dulce refiere que cuando su hija era bebé, era **segura y cariñosa**, pero menciona que era **muy grande** (refiriéndose al tamaño y el peso), por lo que la acarició y cargó menos que a su hijo.

La describe como una niña segura hasta los tres años, después comenzó a tener dificultades en cuanto a la confianza en sí misma y para resolver problemas en sus interacciones sociales, ya que constantemente se mostraba vulnerable ante las agresiones de otros, con frecuencia se quejaba de que algunas niñas la molestaban y rivalizaba constantemente con ellas.

Asimismo, la madre comenta que ella la hizo insegura. La niña tenía muchos deseos de entrar a la escuela y en un principio era segura, pero comenzó a llorar por todo lo que le decían y su mundo se convirtió en ser o no aceptada.

Es importante mencionar que año y medio antes de atender a Dulce, la autora del presente trabajo tuvo a su hermano en tratamiento de psicoterapia debido a que presentaba dificultades de atención en la escuela, problemas de conducta en casa en cuanto al respeto de límites, dificultades de relación con algunos de sus compañeros de la escuela y problemas de relación con su hermana y mamá (con frecuencia discutían y peleaban). El proceso de psicoterapia con F duró aproximadamente un año, en el que se trabajó tanto en la modalidad individual como con algunas sesiones fraternas y se ofreció además orientación a la madre. Los resultados con F fueron significativos, ya que consiguió mejorar en su rendimiento escolar, en sus relaciones con su grupo de iguales, en su habilidad para resolver problemas y pudo establecer una relación de mayor cercanía afectiva, complicidad y colaboración con su hermana lo que notoriamente fortaleció la relación fraterna. Las sesiones de orientación que se tuvieron con la madre, la ayudaron a ser más consistente en el establecimiento de límites con sus hijos, a mejorar su imagen como madre, ya que antes ella se percibía como una persona incapaz de ser constante y aún cuando realizaba esfuerzos no terminaba nada de lo que se proponía. En las sesiones que se tuvieron con ella se le apoyó para que asistiera a una interconsulta psiquiátrica para atender sus episodios depresivos. De este modo con la atención médica y la orientación psicológica, la madre fue capaz de colocarse de manera diferente en su relación de pareja. Cuando Dulce inició su proceso, ella se percibía como competente en su función materna y con una buena relación tanto con sus hijos como con su pareja.

Cabe mencionar que durante el proceso terapéutico de F, el padre no tuvo ninguna participación, de hecho descalificaba la atención psicológica, diciendo que **no servía**; cuando se le invitaba a participar en algunas sesiones familiares, no asistía y sólo acudió a la sesión de cierre; en donde las devoluciones que se dieron fueron muy significativas para su hijo. Cuando se inició el tratamiento con Dulce la actitud del padre con sus hijos y ante la psicoterapia era radicalmente diferente, ya que se mostraba mucho más cercano y afectuoso con los niños y estuvo dispuesto a colaborar con el proceso. Cuando Dulce acudió a consulta, se observó una mayor integración y grado de acuerdo entre la pareja, principalmente en la forma de educar a sus hijos (disciplina y expresión afectiva).

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

A nivel psicológico se distinguen cuatro tipos de sistemas de respuesta en el miedo (Friedber & McClure, 2005): 1) cognitivo, pensamientos e imágenes negativas sobre la situación temida; 2) psicofisiológico, cambios corporales que originan sensaciones molestas; 3) conductual, acciones en la situación temida o para impedir su ocurrencia; 4) psicosocial, reacciones de ansiedad que influyen en sus interacciones sociales, favoreciendo la dependencia al adulto.

La ansiedad y el miedo que Dulce presentaba se caracterizaban por:

- Manifestaciones cognitivas: preocupación y miedo a crecer
- Distorsiones cognitivas de eventos catastróficos: "seguro me voy a alcoholizar y drogar", "no voy a poder decir que no", "me van a matar cuando sea adolescente". Friedber y McClure (2005) refieren que este tipo

de distorsiones son comunes en los niños con trastornos de ansiedad. Asimismo refieren que las distorsiones cognitivas transforman la información que llega del exterior, consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos, siendo las ideas catastróficas las que implican distorsiones respecto al futuro

- Manifestaciones conductuales: tendencia al retraimiento, agitación psicomotriz y ansiedad ante situaciones en las que se mencionaban temas relacionados con el crecimiento, la adolescencia, la muerte y la delincuencia
- Manifestaciones somáticas: trastornos del sueño (dificultad para ir a dormir y conciliar el sueño, pesadillas frecuentes), tensión muscular, variaciones en el nivel de energía y actividad física, sensación de cansancio y agotamiento físico
- Manifestaciones psicosociales: conductas de evitación respecto a situaciones que implicaran los temas y o situaciones que la angustiaban (crecimiento, muerte, adolescencia), así como una dependencia ansiosa, caracterizada por la búsqueda de un lazo estrecho y excesivo tanto con sus padres como con sus amigas, situación que le satisfacía, pero al mismo tiempo la irritaba, tanto a ella como las personas implicadas (Solloa, 2001).

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

El Modelo Narrativo se consideró el más conveniente para tratar este caso, dada la efectividad que ha demostrado con niños ansiosos y en quienes refieren miedos (Freeman, Epston & Lobivits, 2001). Asimismo se consideró la habilidad que Dulce tenía para crear historias, el interés que mostraba para escribir y expresarse gráficamente y sus excelentes recursos cognitivos.

La Terapia Narrativa tiene como base muchas ideas posmodernas que la colocan como una **ciencia personal**, basada en un modelo que concibe a la persona como un científico que formula hipótesis de manera activa de manera que pude revisarlas y/o elaborarlas con el curso de su experiencia.

La Terapia Narrativa tiene como antecedentes los modelos cognitivo-conductuales, como la Terapia Racional Emotiva. Estos modelos han empezado a centrarse menos en el cambio cognitivo o conductual inmediato y más en las reglas personales de vida y en los esquemas inadaptados tempranos, cargados emocionalmente y que están en la base de serios trastornos psicológicos. La terapia se convierte en un proceso de análisis evolutivo necesariamente emocional, en el que el cliente pasa por la repetición en cámara lenta de escenas de su pasado, llenas de contenido emocional que están implicadas en la construcción de su actual sentido de sí mismo.

De esta manera el enfoque narrativo se basa en la reescritura de las historias vitales que se han vuelto limitadoras o incoherentes y requieren una corrección o elaboración significativas.

Desde este enfoque se ve a los sistemas humanos como generadores de lenguaje, que definen su organización a través del discurso y la negociación, en vez de residir en los sí mismos individuales o conocedores, y la terapia en sí misma se convierte en un ejercicio de lenguaje entre todos los miembros del sistema organizado alrededor del problema (Neimeyer & Mahoney, 1998).

Este enfoque coincide con la perspectiva de que nadie puede conocer la realidad objetiva y la comprensión que se tiene de un hecho, o el significado que se le atribuye está determinado y restringido por su contexto receptor; es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen los mapas que del mundo cada uno posee (Batenson, 1972).

Todo lo que las personas saben de la vida lo saben a través de la experiencia vivida, por lo que para entender sus vivencias, deben relatar sus experiencias y es el hecho de platicarlas lo que determina el significado que se atribuirá a éstas (White & Epston, 1993). La diferencia la hace el cómo se cuente cada uno su propia historia (Vega, 2006).

Puesto que todos los relatos tienen un comienzo (o pasado), un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales está determinada por el pasado y moldeada por el futuro. Con cada nueva versión las personas reescriben sus vidas, entran en los relatos, se apoderan

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

de ellos y los hacen suyos. Por lo que cada vez que se cuenta o se vuelve a contar un relato, a través de su realización, surge un nuevo relato, que incluye al anterior y lo amplía.

De acuerdo con esto, cuando los niños experimentan problemas, y son llevados a terapia, sucede que las narraciones dentro de las que relatan su experiencia o dentro de las que su experiencia es relatada por otros (sus padres), no representan suficientemente sus vivencias (Vega, 2006). White y Epston (1993) suponen que en estas circunstancias habrá aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan estas narraciones dominantes.

Por ejemplo, cuando los padres llegan con una historia sumamente desalentadora y expresan cosas como "es un desobediente, siempre hace lo que quiere, siempre le pega a su hermano y nunca hace la tarea", esta narración quizá forme parte de su realidad, pero la forma en la que está relatada hace sentir que su vida es totalmente negativa; sin embargo, si el clínico investigara más, se daría cuenta que hay momentos en los que el niño obedece, no le pega a su hermano y hay días incluso en que sí hace la tarea; lo que pasa es que como estos eventos están provocando incomodidad y dificultad en la familia se vuelven los más representativos de su mundo.

La Terapia Narrativa trata de poner énfasis en esos fragmentos de la realidad ignorada por los miembros de la familia o la persona, y que si se descubren, pueden ser importantes para la resolución de los conflictos o pueden ser evidencia de que no todo está perdido, por lo que hay esperanza en el futuro, a esos suceso se les llama **eventos extraordinarios** (Freeman, Epston & Lobivits, 2001).

Aparicio (2005) menciona que hay tres tipos de eventos extraordinarios que pueden investigarse:

- Los eventos pasados: son hechos o sucesos que se dieron en el pasado que contradicen los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Se les pide a los pacientes que recuerden estos sucesos o bien, de entre una sesión y otra de la terapia. Se puedan hacer preguntas como ¿cuándo fue la última vez que Juanito hizo su tarea?, ¿Juanito siempre es así o hay veces que esto no sucede?
- Los eventos actuales: son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta y porque éste les invita a que se perciban más, por ejemplo, éste puede decir: "¡oh, miren todos, en este momento el enojo no está presente, estamos platicando muy cordialmente!"; éstas son frases que ayudan a las familias que son sumamente negativas y que en sus discursos predominan las palabras siempre, nunca, nada, todo, mucho, etc.
- Los eventos futuros: pueden identificarse revisando las intenciones o planes que la persona tiene para escapar de la influencia del problema, o investigando las esperanzas que pueda tener para liberarse de ciertos problemas. Se pueden preguntar cosas como: ¿cómo sentirías si ésta fuera la última sesión?, imagina que ya terminamos el proceso ¿qué objetivos lograste?

Sin embargo, algunas veces no es posible evitar que los padres relaten una experiencia difícil en forma negativa. Cuando esto sucede, los niños tienden a encerrarse en sí mismos y es casi imposible hacerlos hablar en sesión, se sienten acusados, experimentan sentimientos de enojo, frustración, tristeza o depresión (Vega, 2006).

Ante dicha situación Freeman, Epston y Lobivits (2001) proponen **externalizar el problema**: por ejemplo, el terapeuta podría decir "si tuviéramos que dar un nombre a este problema del que estamos hablando, ¿cómo le podríamos llamar?", la problemática se convierte entonces en una entidad separada, por lo tanto externa al niño.

Para lograr la externalización, en un primer momento se elaboran preguntas para indagar **la influencia del problema en la vida del niño** y su familia; las cuales ayudan a identificar la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal. En este punto es posible utilizar una serie de técnicas que ayuden al niño a ponerle forma a esa **cosa** que le está provocando problemas; se le puede decir que lo dibuje, que lo elabore con plastilina, que lo simbolice con un juguete, etc. El terapeuta le puede preguntar cómo es ese ser y

qué cosas hace con él y su familia. Si trabaja en familia puede pedirle a cada miembro que construya o simbolice el suyo y los efectos que causa en su persona y después compartirlo entre todos; incluso el terapeuta puede participar. También los cuentos infantiles suelen ser una ayuda para ejemplificar cómo es que **esas cosas** pueden amargar la vida de las personas (Vega, 2006).

Con este tipo de intervenciones es posible tener una visión de hasta dónde y de qué manera ha influido el problema sobre la vida de los pacientes y sobre las relaciones que ellos tienen entre sí.

El segundo momento consiste en describir **la influencia de las personas en el problema.** Aquí el terapeuta solicita a los niños, papás y demás invitados a la terapia, a que cada uno describa su propia influencia, así como **la influencia del problema sobre su vida y sus relaciones**. Este cuestionamiento ayuda a identificar las competencias y recursos sobre la adversidad, poniendo de manifiesto que han existido momentos en su vida o en la interacción con sus familiares o seres queridos en los cuales el problema no se ha presentado o, mucho mejor, lo han podido dominar Este segundo tipo de cuestionamiento fomenta que se pongan de manifiesto los acontecimientos extraordinarios en la vida de las personas.

El objetivo, aquí, es que el niño y su familia se unan para combatir ese problema que hace que se lleven mal, discutan, se enojen, se alejen, etc. También sirve para conocer a las personas al margen del problema; cuando llegan a la terapia casi siempre están saturados del problema, por lo que en el Modelo Narrativo se plantea que las sesiones de psicoterapia también sirven para hablar de lo que **sí** hacen bien las personas y de los momentos en los que son exitosos. El resto del proceso se fundamenta en esas **historias alternativas** para que éstas se transformen en dominantes. La elaboración de estas historias alternativas implican el proceso de narrar y re-narrar las experiencias de una persona. Cuando ésta narra y re-narra un subargumento de su vida a otra persona (terapeuta, familiares, otros niños) y escucha sus respuestas, el subargumento es confirmado y adquiere influencia sobre la vida y la identidad de la persona. A continuación se describe cómo se llevó el proceso terapéutico con Dulce utilizando el modelo de la Terapia Narrativa.

OBJETIVOS Y METAS

- Identificar y describir la historia dominante en relación con los temores de Dulce, así como el contenido de las distorsiones cognitivas que presenta
- Facilitar la externalización de los temores de Dulce a través de técnicas de dibujo y arte, para que ésta experimente mayor control de sus miedos y pueda identificar los esquemas cognitivos que los mantienen, así como el origen de dichos temores
- Promover la construcción de historias alternativas a través del uso de la metáfora y de técnica narrativas (**La Liga de los domadores de monstruos y seres despreciables**, y, **el Manual del domador**), de manera que mediante la reestructuración cognitiva Dulce pueda atribuir nuevos significados a sus vivencias que la contacten nuevamente con su deseo por crecer y fortalezca su sentimiento de seguridad personal y en su entorno.
- Ayudarla para que reconozca sus recursos psicológicos e identifique sus habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y solución de problemas
- Orientar a los padres respecto al manejo de las crisis de ansiedad de su hija, la relación que establecen con ella y promover la construcción de historias alternativas respecto a **la inseguridad.**

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Se tuvieron 12 sesiones individuales con Dulce, tres sesiones de orientación con padres y una sesión familiar para el cierre psicoterapéutico.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Historia saturada del problema (1 sesión)

La entrevista inicial se realizó con la madre, quien refirió que su hija le pidió acudir a psicoterapia porque "tenía miedo a crecer". En dicha sesión se exploró el motivo de consulta y los antecedentes de la problemática presentada, información que ha sido mencionada al inicio de este capítulo.

La segunda sesión se realizó con Dulce, quien llegó a la sesión acompañada por el chofer de la familia, el cual era quien la llevaba semanalmente a psicoterapia, después de que la niña salía del colegio. Al abrir la puerta y reencontrarse con la terapeuta, saludó con familiaridad, puesto que este momento implicaba precisamente un reencuentro, debido a que con anterioridad trabajaron juntas en las sesiones fraternas que tuvieron en el proceso terapéutico con su hermano.

Dulce entró al consultorio, revisó de un vistazo los materiales y se mostró un tanto aliviada al observar que el lugar seguía siendo el mismo. Después de iniciar la entrevista con comentarios relativos a lo que ha hecho durante el último año, tiempo en el que no se habían visto, se le preguntó acerca del motivo por el que le solicitó a su mamá que hiciera una cita terapéutica, a lo que ella contestó: "tengo miedo, no quiero crecer…pienso que algo me puede pasar cuando sea adolescente, que voy a tomar o drogarme, o que me secuestrarán y matarán". Al seguir dialogando con Dulce, la terapeuta se dio cuenta que la información coincidía con lo que su madre le había relatado.

Después de esta sesión realizó sus notas e inició algunas reflexiones en torno al miedo de Dulce. Para ello, la relectura de algunos textos le fue de utilidad. Por ejemplo, Méndez (2005) refiere que las sensaciones y emociones cumplen una función adaptativa. Los miedos actúan como sistema de seguridad, constituyen la motivación que impulsa a evitar el peligro. De ahí que las situaciones que se temen se eluden.

El temor de Dulce tenía en parte una función adaptativa: protegerla de los posibles riesgos, que son reales en una ciudad como el Distrito Federal. La terapeuta reflexionó en cuanto al miedo a ser víctimas de algún delito, al que todos estan en riesgo, tanto adultos como niños. Sin embargo, también se dio cuenta que este miedo se exacerbó ante la angustia de la madre de Dulce, quien proporcionó información que no partía de las inquietudes de Dulce y su hermano, sino que respondía más a la angustia de ella, siendo Dulce la más sensible a dichos sentimientos de angustia, pues regularmente era depositaria de las emociones de la madre y de sus proyecciones.

Otra línea de reflexión inicial fue en torno a la ansiedad normal y patológica, cuya frontera no se distingue con facilidad, ya que las modalidades de la angustia son subproductos constantes de los sucesivos estadios del desarrollo. Anna Freud (citada en Solloa, 2001) puntualizó que lo significativo no es la presencia o la ausencia de la angustia, sino su calidad o incluso su cantidad, y solamente es posible dominarla con la capacidad yoica con que cuente el menor. Considerar este punto es fundamental en los cuadros clínicos que presentan los niños, ya que existe la posibilidad de que los niños sean víctimas de trastornos neuróticos mientras más dificultades tengan para tolerar la angustia. En este caso el niño tendrá que negar y rechazar todos los peligros internos que supongan posibles fuentes de angustia, o bien, los proyectará en objetos externos creando así las fobias. A veces sucede también que se da una coincidencia o resonancia entre un acontecimiento exterior real y un conflicto psíquico interno.

Brenner (1968, citado en Solloa, 2001) retoma la teoría freudiana de la angustia explicando que en el curso del desarrollo, el niño aprende a anticipar o prever la llegada de una situación difícil, dolorosa o peligrosa y reaccionar ante ella con angustia antes de que se haga traumática. Esta es una función del Yo y sirve para movilizar sus fuerzas y funciones para enfrentar o evitar la situación traumática inminente. La intensidad de la angustia será proporcional a la estimación del Yo de la gravedad o proximidad del peligro, o de ambos factores. Cualquier situación de angustia genera displacer, por lo que el principio del placer le da fuerza necesaria al Yo para dominar la emergencia.

Los niños en los que se puede prever una mejor evolución psicológica son aquellos que hacen frente de manera activa a las situaciones de peligro gracias a los recursos del Yo, como la comprensión intelectual, el reforzamiento lógico y la posibilidad de transformar las condiciones externas para dominar la situación en lugar de batirse en retirada, lo que para la teoría cognitiva significa que tienen recursos de afrontamiento adaptativos y eficientes.

Silverman, Greca y Wasserstein (1995) comentan que lo que parece distinguir entre los niños con diferentes niveles de ansiedad no sólo es la cantidad y la intensidad de las preocupaciones, sino también la capacidad del niño para reconocer en forma realista la probabilidad de ocurrencia del suceso; esto es, que los niños menos ansiosos a pesar de que se preocupan y angustian por una infinidad de circunstancias reconocen que muchas de ellas son muy poco probables, mientras que los niños más ansiosos parecen no hacer esta distinción.

Considerando lo anterior, se hizo notar que el miedo de Dulce estaba empezando a ser desproporcionado e inadaptado, pues no le permitía diferenciar entre las situaciones de riesgo y las seguras, perdiendo así su utilidad. Por lo que era importante ayudarla a conocer su miedo, identificando las múltiples habilidades psicológicas y de afrontamiento que tenía para hacer que este miedo pudiera ser un elemento que le ayudara a crecer, al cumplir con la función de alertarla de los peligros reales y, de esta manera, ella podría tener comportamientos que le resultaran apropiados a las demandas de la situación.

Por otro lado, surgía la pregunta: ¿los miedos de Dulce son propios a su edad de desarrollo, es decir, desaparecerán con el tiempo sin necesidad de una intervención psicoterapéutica? Al respecto, se consideró que en la infancia la distinción entre **miedo normal** y patológico es más compleja que en los adultos. Como se mencionó, muchos temores infantiles desaparecen por sí solos, con el transcurrir del tiempo sin tratamiento, lo que permite al niño madurar y aprender a superarlos. Para calificar un miedo infantil fóbico hay que tener en cuenta la edad del niño y el tiempo de persistencia de su temor. Cuando la reacción del niño constituye una fuente importante de sufrimiento para él y los que le rodean, y tiene consecuencias que puedan perjudicar el desarrollo, se recomienda iniciar la terapia, por encima de consideraciones como si aún no ha transcurrido medio año desde su aparición o si ese miedo es muy común a la edad del niño (ver cuadro C6-1).

El miedo de Dulce tenía dos meses al inicio del tratamiento, por lo que aún no cumplía con el criterio de seis meses. Sin embargo, fue quien solicitó la psicoterapia, como una intervención que le permitiera prevenir un miedo patológico. Esto también constituía parte de las fortalezas de la niña, pues acude a tratamiento cuanto percibe malestar que no puede manejar. De tal manera que su temor aún no dominaba esferas significativas de su vida cotidiana. Sin embargo, la hacían sentir continuamente temerosa a crecer, disminuyendo su deseo natural de querer ser grande.

Méndez (2005) refiere que los miedos a amenazas físicas y sociales son parte integrante del desarrollo infantil. Sin embargo, los miedos tienden a disminuir con la edad. Con el paso de los años la naturaleza de los temores infantiles evoluciona de miedos físicos a miedos sociales.

Los temores de Dulce se relacionaban, en parte, con los esperados para su edad: miedo al secuestro (daño físico) y a la muerte. Sin embargo, el miedo a crecer no forma parte de los temores esperados a ninguna edad. De esta manera, los síntomas de ansiedad de Dulce afectan una de los deseos más importantes de los niños: el deseo a crecer y a ser adultos.

Por otro lado, se encuentran factores relacionados con el género, ya que de acuerdo a investigaciones citadas por Méndez (2005), las niñas obtienen calificaciones más altas que los niños en las pruebas para medir miedos. Existen dos hipótesis para explicar este hecho:

a) Hipótesis biológica. El sexo determina ciertas características físicas. En los primates y en otras especies próximas a la humana las conductas de disputa por territorio, de la pareja sexual o del alimento, y de defensa de la manada suelen ser propias de los machos.
b) Hipótesis sociocultural. El mayor miedo de las niñas se justifica por pautas socioculturales, las niñas en su rol femenino tradicional, pueden expresar con más facilidad la necesidad de ser protegidas, mientras que se espera que los varones, muestren mayor valentía y son renuentes a admitir sus miedos.

Una vez que se realizó esta revisión teórica con respecto a la etiología de los miedos en la infancia, se llegó a la hipótesis de que si bien el temor al daño físico, relacionado con el secuestro, y el temor a la

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Cuadro C6-1. Miedos más comunes durante la infancia

Edad	Miedo
0-2 años	- Pérdida física de la base de sustentación, ruidos fuertes, extraños, separación de los padres, heridas, animales, oscuridad
3-5 años	- Disminuye el temor a los extraños - Se mantienen: ruidos fuertes, separación, animales, oscuridad. - Aumentan: daño físico y personas disfrazadas
6-8 años	- Disminuyen: ruidos fuertes, personas disfrazadas. - Se mantienen: separación, animales, oscuridad, daño físico. - Aumentan: seres imaginarios (brujas, fantasmas, extraterrestres, etc.), tormentas, soledad, escuela
9-12 años	- Disminuyen: separación, oscuridad, seres imaginarios, soledad. - Se mantienen: animales, daño físico, tormentas. - Aumentan: escuela (exámenes, expulsiones), aspecto físico, relaciones sociales, muerte
13-18 años	- Disminuyen: tormentas - Se mantienen: animales, daño físico - Aumentan: escuela, aspecto físico, relaciones sociales, muerte.

Reproducido con autorización. Méndez, Francisco X., *Miedos y temores en la infancia*, 2005. Ediciones Pirámide, Madrid.

muerte son propios de su edad, el miedo a crecer no lo es; siendo éste último el que más preocupaba a Dulce, aún cuando, al inicio del tratamiento, este temor no implicaba una interferencia significativa en el funcionamiento cotidiano de la menor. De este modo, se consideraron sus excelentes recursos psicológicos y el hecho de que la intervención sería más de carácter preventivo, por lo que se decidió retomar el Modelo Narrativo para trabajar con Dulce de manera que pudiera **dominar su miedo**. En este punto se retomó a Freeman *et al.* (2001) que sugieren algunas técnicas para externalizar el problema.

Externalización del problema (3 sesiones)

Para White y Epston (1993) **el problema es el problema, la persona no es el problema**. La práctica lingüística de la exteriorización, que separa a las personas de los problemas, es una forma divertida de motivar a los niños a enfrentarse con las dificultades y reducirlas.

Estos mismos autores refieren que cuando las personas piensan en un problema como parte integral de su carácter o de la naturaleza de sus relaciones, les es difícil cambiar, porque parece que el problema es muy **de casa**. Cuando se ha dejado de decir que el problema le es inherente al niño, es posible establecer una relación con el problema exteriorizado. De esta manera en el espacio que media entre la persona y el problema suelen crecer la responsabilidad, la opción y la intervención personal.

Desde este modelo no se plantea un diseño de tratamiento que incluya la aplicación de pruebas psicológicas. Se utiliza la entrevista y la comunicación lúdica para comprender la percepción del niño, tanto de sí mismo como de su problemática. Freeman *et al.* (2001) comentan que ante la alternativa del diagnóstico y el tratamiento de la patología, la conversación que permite la exteriorización se centra en ampliar las opciones y las posibilidades en la relación entre las personas y los problemas. Es entonces cuando los niños se percatan de que es el problema el que va a ser objeto de análisis, y no ellos, lo que les ofrece la oportunidad de participar con entusiasmo en la conversación. Fue así como se decidió utilizar la conversación lúdica para que Dulce pudiera externalizar su problema.

Se le solicitó imaginara que su problema se convertía en un personaje, preguntándole: ¿cómo sería su forma y su color? Posteriormente se le pidió dibujar a dicho personaje y que le pusiera un nombre. Dulce realizó este dibujo. (ver figura C6-2):

A su personaje lo nombró **CRESCÓN**. Después se realizó un juego en el que se le invitó a entrevistar a Crescón, ella **hizo la voz** de dicho personaje y la terapeuta fungió como la entrevistadora. De esta manera se dio un diálogo denominado **Crescón y yo**.

Con esta técnica, Dulce comenta que Crescón es su miedo a crecer y que la lastimen. A ella le generaba mucho miedo el hecho de crecer y drogarse y de que la lastimaran robándola o secuestrándola. Lo que Dulce hacía frente a este temor, era ir con su mamá y platicarle sobre su miedo. La frase favorita de Crescón era: "no hay que crecer más". Al preguntarle ¿de dónde obtiene Crescón su fuerza?, Dulce comentó que "de su cuerpo" y mencionó que la mayor debilidad de Crescón era "ser muy grande, lo pueden tirar porque es a la vez muy pequeño". Así Dulce descubre que el reto era **ayudar a Crescón a crecer.**

En una sesión posterior se invitó a Dulce a pertenecer a la **Liga de domadores de miedos y seres despreciables.** Se le comentó que para ingresar a dicha liga se requerían tres cosas: tener un miedo, querer controlarlo y realizar un manual de domador de miedos. Ella se entusiasmó con la propuesta y aceptó ingresar a la liga. Así que se le menciona que para poder ser una **domadora de miedos** se requiere conocer las tres reglas de los miedos:

1. Todo miedo no tolera el sentido del humor, odia lo gracioso y lo chistoso.
2. Los miedos son una señal de alarma ante los peligros, los cuales pueden ser reales o irreales.
3. Todo miedo puede ser controlado.

Se hizo una reflexión conjunta acerca de las reglas de los miedos y se hicieron comentarios sobre para qué le podía servir este miedo, si era real o irreal y que mientras más disfrutara crecer y se divirtiera en este proceso, el miedo a crecer disminuiría.

Después de esto se le preguntó si le gustaría hacer a Crescón en tres dimensiones y se le propuso hacerlo en plastilina y forrarlo con venda de yeso (una técnica plástica de elaboración de alebrijes). Una vez teniendo a Crescón en tres dimensiones podría manipularlo, hacer una historia y jugar con él en el arenero.

Dulce disfrutaba mucho sus clases de arte en la escuela, así que esta idea la entusiasmó muchísimo y aceptó gustosa.

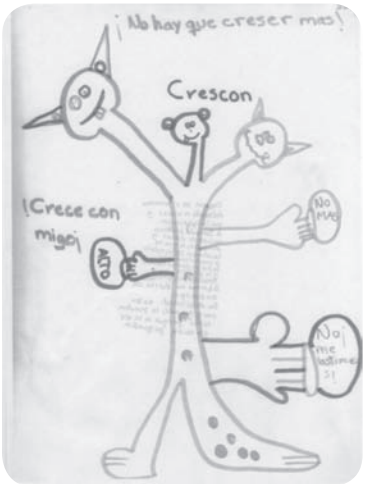


Figura C6-2. Crescón.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

El exteriorizar mediante la conversación lúdica se adaptó de manera natural a Dulce, ya que como refieren Freeman *et al.* (2001) para el niño el exteriorizar es como **jugar a**. De manera implícita, al jugar se le decía "hay que jugar a que tu miedo está fuera de ti y desde ahí jugaremos con él". Practicar el lenguaje de exteriorizar mediante conversaciones no es tanto una cuestión de aprender una técnica como el desarrollar una forma particular de ver las cosas. En este caso, el exteriorizar ayudó a comprender la forma en la que Dulce vivía su miedo, como con un **monstruo de tres cabezas disparejas, con el cuerpo disparejo**, le permitía proyectar la percepción que tenía de sí misma: Ella se sentía **dispareja** en su desarrollo, se sentía grande en edad, pues ya era una niña de nueve años, pero era tan vulnerable como un niña pequeña, Crescón abrió la posibilidad de acompañar a Dulce a madurar y reconocer sus recursos psicológicos.

La influencia del problema en Dulce y la influencia de Dulce en el problema

Al parecer el temor de Dulce a crecer afectaba principalmente su confianza personal y la relación con su mamá, ya que con su padre, hermano y compañeros podía relacionarse mejor y tenía un buen rendimiento académico.

El miedo proporciona privilegios especiales, los padres protegen y ayudan al niño temeroso. El sentimiento de miedo es una emoción, pero también el motivo para evitar o escapar de situaciones temidas. De esta manera las reacciones de miedo de Dulce tenían un factor motivacional que lo sostenía: el miedo al secuestro la mantenía cerca de sus padres, que le proporcionaban el resguardo y protección que necesitaba, además de que lograba mantener una cercanía afectiva con su mamá.

Eventos extraordinarios (1 sesión)

Mientras secaba la figura en yeso de Crescón, Dulce y la terapeuta comentaron aquellos momentos en los que Crescón **NO** aparecía. Ella refirió muchos momentos tanto en su escuela como en casa, lo que le dio la oportunidad de darse cuenta que gran parte del día Crescón no estaba presente en su vida. Asimismo, compartió sobre sus actividades y logros en la clase de natación, en la escuela y en la clase de arte, en todas estas actividades se sentía **grande**, disfrutaba la mejoría en cuanto a sus habilidades y era capaz de darse cuenta de las competencias que iba adquiriendo en estos ámbitos. Fue así como Dulce tomó consciencia de su valor y fue capaz de enumerar sus múltiples habilidades y logros. Esta sesión fue el preámbulo de muchas otras sesiones en las que fuimos haciendo uso de la creación de historias y del juego en el arenero para la construcción de una Historia Alternativa para Crescón y su miedo a crecer.

Historias alternativas (7 sesiones)

La técnica que resultó ser más útil en el tratamiento de Dulce fue la narración de historias. Mientras ella las contaba, la terapeuta tomaba notas de sus relatos y posteriormente ella las protagonizaba con Crescón en el arenero, actividad que fue videograbada. La primera historia que contó fue ésta (la transcripción de estos relatos son literales, tal cual Dulce los narró):

"Había una vez un país que se llamaba Crescolandia y ahí habían muchos monstruos, pero había uno medio deforme y le pusieron Crescón porque una cabeza estaba más grande que otra, otra chica y una mediana; también sus manos eran de tamaño diferente y un pie estaba más grande que el otro y después nadie se quería juntar con él porque era muy feo y de diferentes colores.

Después Crescón se sintió solo y tuvo una idea. Como estaba tan enojado con todos porque se burlaban de él, a él se le ocurrió algo muy maligno y su idea fue aparecérsele a los niños para que les diera miedo a crecer. Él empezó de casa en casa y todos se asustaban.

Y un día Crescón se empezó a sentir triste por ver a toda la gente asustada. Los niños llorando y a él no le gustaba ver a la gente así. Él no quería hacerlos sufrir y se dio cuenta de que él lo hizo por maldad porque en ese momento estaba enojado con la gente que lo molestaba.

Después Crescón entre todas sus cabezas empezaron a hablar. El más grande dijo: "¿Por qué no empezamos a crecer todos juntos?". El mediano le dijo al grande: "Pero, ¿cómo le vamos a hacer para

crecer todos juntos si nuestras manos son de diferente tamaño?" y el más pequeño dijo: "Pero yo soy el más chiquito, ¿cómo los voy a alcanzar?, ¡y una pierna es más grande que la otra!". Después todos empezaron a gritar: "¡Crece conmigo!, ¡crece conmigo!".

Después el más grande le dijo al más pequeño: "Yo hice algo muy malo y ahora hay que remediarlo, no hay que dejar que esto se quede así, hay que ayudar a que nadie tenga miedo a crecer". El mediano dijo: "¡Buena idea!, ¿pero cómo vamos a estar todos del mismo tamaño? El más grande dijo: "Si todos nos esperamos y no nos quedamos atrás, podremos estar del mismo tamaño". Todos fueron creciendo y el más pequeño estaba del tamaño del mediano y éste del tamaño del grande, sólo faltaba que el más pequeño creciera de su tamaño, ya sólo faltaba poquito, se esperaron tres semanas y ya todos estaban del mismo tamaño.

Después Crescón regresó a Crescolandia y todos le empezaron a preguntar: "¿quién eres tú?" y él les respondió: "¡Soy Crescón!". Nadie le creyó y él dijo: "Si no me creen va a ser su problema. Soy Crescón y me puse del mismo tamaño. Mi cabeza, mis manos y mis pies están del mismo tamaño". Nadie se volvió a burlar de él y todos querían ser sus amigos. Él no se volvió a sentir solo y nunca más nadie volvió a tener miedo a crecer".

Después de narrar esta historia, Dulce quiso contar la historia de Crescón, relato que tituló "**Espantocilandia":**

"Desde que nació estaba deforme, a su mamá desde chiquita le asustaba crecer y a él le pasó lo mismo.

La mamá:
Cuando tenía nueve años, hicieron su primera fiesta y de tanto que se divirtió se le fue olvidando.
Cuando tenía 18 años, ella ya podía manejar y viajar.
Cuando ella cumplió 43 años, tuvo hijos y a uno le puso Crescón, al deforme, desde chiquito sus hermanitos se burlaban de él. Él se ponía muy triste porque su mamá no le hacía caso a él y nunca lo apoyaba.
Un día su mamá de tanto miedo que tenía, se lo contagió a Crescón y le puso unos letreros que decían:
¡No me lastimes!
¡Ya no más!
¡Alto!
¡Piensa lo que haces contra mí!
¡Házte para allá!
¡Deja eso con lo que me vas a lastimar!
A Crescón esos letreros le pesaban y por eso no podía crecer, ya que uno pesaba más que otro y su cuerpo crecía disparejo.
El que pesaba más no dejaba crecer al más chiquito y el que pesaba menos dejaba crecer más al otro lado grande.

Crescón fue creciendo, pero tardó demasiados años por los letreros que traía. Su mamá como nunca lo veía ni le hacía caso nunca logró ver los letreros.

Cuando Crescón tenía 10 años empezó a ver su cuerpo y vio esos letreros, él pensaba que los letreros eran parte de su cuerpo, pero con el tiempo se le cayó uno, el más grandote, de tanto moverse uno de ellos un día se le cayó. Poco a poco fue descubriendo que esos letreros no eran de él y se movía y se movía para que se le cayeran otros, pero no lo logró. Después como uno ya se le había caído, esa parte seguía creciendo y él se ponía cada vez más deforme.

Uno de sus intentos para que se le cayeran los letreros fue que trató de ponerse entre dos tubos y jalar la mano pero no funcionaba, después él empezó a decirle a sus amigos que se los jalarán, pero tampoco funcionó.

Todos los seguían molestando y él decidió dar un paseo y esconderse de los que lo molestaban. Un día cuando logró salir de Espantocilandia, él se empezó a poner en forma y ya no era deforme.

Ya que las manos y cabezas que sobraban se empezaron a hacer una sola, él quedó como un Upalupa normal. Él se puso muy feliz y cuando regresó con su mamá ni él ni ella tuvieron más miedo".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

En esta historia Dulce narra el origen de su miedo, además de que lo asocia con los temores y la angustia de su mamá. Asimismo, construye posibilidades para poder crecer a pesar de todos esos **pesados letreros**; es decir, los miedos y la angustia que su madre le había **contagiado**. Solloa (2001) menciona que los miedos y las fobias son con frecuencia resultado de pautas educativas y de contagio emocional. Ajuriaguerra (1973) define la ansiedad por contagio como: la trasmisión de la ansiedad de los padres al hijo y depende de factores tales como la edad del niño, su grado de independencia y de ser sugestionable además de la identificación del niño con el padre ansioso.

Una de las vías más viables para adquirir un miedo es asociar una cosa inofensiva a otra que produzca sensaciones o sentimientos desagradables, como dolor, malestar o ansiedad; de modo que el niño reacciona con temor después de la experiencia negativa. De esta manera, Dulce relacionó al crecimiento (la adolescencia) con la posibilidad de ser dañada, drogarse o morir asesinada. En esta asociación influyó lo que escuchó en las noticias, las conversaciones que tenía con su mamá y su propia percepción de vulnerabilidad. De esta manera, la construcción de historias alternativas a través de la narración y las actividades lúdicas permitieron que Dulce pudiera percibirse a sí misma como una persona capaz de afrontar situaciones peligrosas, reconocer sus recursos psicológicos y contactar su deseo por crecer y madurar física, mental y afectivamente.

La historia de su mamá y la identificación proyectiva que mantenía con Dulce, sostenía la existencia de Crescón. De ahí que éste fue uno de los temas centrales en las sesiones de orientación psicológica que se tuvieron con la madre de Dulce. Asimismo, se analizó la relación madre e hija, haciendo énfasis tanto en los recursos psicológicos de la niña como de mamá y del resto de su familia.

Al final de esta fase Dulce reconstruyó a Crescón, lo volvió a dibujar **ya parejo** y lo elabora nuevamente con la técnica plástica de plastilina con venda de yeso. Crescón tenía ahora otra forma (ver figura C6-3).

Después de la fase de construcción de historia alternativa, la terapeuta invitó a Dulce a compartir con otros niños la forma en la que había ayudado a Crescón, para que otros niños pudieran conocerlo. Ésta es una de las técnicas que Freeman *et al.* (2001) proponen como un medio de **divulgación de noticias**. Estos autores consideran que para que una historia alternativa se asiente con fuerza en la vida del niño y de la familia, muchas veces es útil implicar a quienes están fuera del círculo más inmediato de la familia. En este caso el público a quien fue dirigido el manual fueron los niños que

Figura C6-3. Reconstrucción de Crescón.

pudieran presentar un problema similar y para los psicólogos que trabajan con situaciones parecidas. Freeman *et al.* (2001) explican la utilidad de historias preferidas de la siguiente manera:

> Aunque en la cultura dominante la terapia suele ser un trabajo secreto, en la subcultura narrativa a las personas que acuden a nuestras consultas les suele entusiasmar la idea de que otras personas intervengan en el proceso. Creemos que las prácticas de exteriorizar y restar los componentes patológicos ofrecen a la las personas una experiencia terapéutica diferente. Cuando la terapia se convierte en un contexto en el que las personas se constituyen en su yo preferido, no se tiene nada que ocultar, y sí mucho que mostrar.

Por su parte Bill O'Hanlon (1994, citado en Freeman *et al.,* (2001) señala los beneficios de la revelación cuando el paciente asume el papel de protagonista en su historia preferida: "En esta terapia, las personas aparecen como héroes y suelen desear que su heroísmo sea reconocido socialmente. Por lo general, les gusta comunicarse con los demás para contarles sus historias".

Dulce realizó su Manual del domador, donde incluyó los relatos que realizó de Crescón en un inicio y al final incluyó un relato en el que comparte con otros niños la forma en la que Crescón la ayudó a crecer. En este sentido escribió lo siguiente:

> "A mí se me apareció Crescón cuando pasé a tercero de primaria. De repente me puse a pensar lo que me podía pasar cuando pasara a la secundaria. En la radio oí una noticia de un niño que lo habían secuestrado, a mí me dio mucho miedo que me pasara lo mismo. También pensé en otras cosas como que cuando fuera adolescente tomaría alcohol.
>
> Eso me provocó que me angustiara, tuviera miedo, no dormía y me preocupaba crecer. Hablé con mi mamá y ella me contó que la vida no es tan mala, porque uno no es tonto y no se va a dejar que le pase eso. Eso que me contó mi mamá me tranquilizó porque yo sabía que no iba a ser tonta y no me iba a suceder. Poco a poco yo fui creciendo sin que me pasara nada de eso y yo vi que la vida no es tan mala y no había porque tenerle miedo.
>
> Fue así que yo me imaginé a Crescón y traté de vencerlo y yo vi que no se trataba de vencerlo, sino de ayudarlo y cambiarlo, porque Crescón necesitaba que su cuerpo, su cabeza, sus pies, sus manos se pusieran del mismo tamaño y se enderezara.
>
> Por eso te sugiero que si Crescón llega a tu vida disparejo lo ayudes de esta forma:
>
> Dale forma a Crescón, te sugiero que lo dibujes y le des color.
>
> Descríbelo cómo es.
>
> Platica con él y escucha lo que te dice, porque así te darás cuenta qué necesita, yo lo escuché y me di cuenta de lo que lo que necesita era ponerse parejo.
>
> Ayúdalo de la forma en la que él te pidió. Por ejemplo, yo lo ayudé a que su cuerpo se pusiera parejo y lo hice con una sola cabeza, dos manos y dos pies del mismo tamaño.
>
> Dibújalo de la forma en la que lo ayudaste, así te darás cuenta de que tú también te ayudaste, porque si Crescón se empareja tú emparejas tu valor con tu miedo y poco a poco dominarás tu miedo.
>
> Escribe su historia y descubre por qué necesita tu ayuda, yo descubrí que Crescón no podía crecer por los pesados letreros que traía tanto de su mamá como de él. Así que lo ayudé quitándole los letreros, uno por uno. Primero los más chiquitos hasta llegar a los más pesados. Esto para darle oportunidad a Crescón de crecer parejo.
>
> Graba su historia y compártela con la gente que a ti te guste.
>
> Así Crescón podrá agradecerte y decirte: ¡Adiós!
>
> Cuando llegues a ese punto serás feliz y como yo **domadora de miedos** y descubrirás el mensaje de Crescón, que es **Crece conmigo** y está abreviado en su nombre **Cres-con**".

CIERRE PSICOTERAPÉUTICO (1 SESIÓN)

Para finalizar el tratamiento, Dulce y la terapeuta organizaron la sesión de cierre psicoterapéutico. Ella decidió que quería hacer la presentación de su Manual del domador a sus padres y a su hermano. Quiso que ambas lo preresentaran como un libro y que se realizara un convivio con su familia.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fue una sesión muy emotiva, en la que Dulce presentó su libro a sus padres y a su hermano, **entregándoles un ejemplar**, pidiéndoles que le ayudasen a leer el texto. Inició F, su hermano, leyendo las primeras páginas; siguió su mamá y posteriormente su papá. Al final ella lo leyó y compartió con su familia **cómo ayudar a crecer a Crescón**.

Dulce estaba ya preparada para ser parte de la **Liga de domadores de miedos**, a la que la había invitado cuando se inicio el tratamiento. Sólo que ahora ya estaba **certificada,** pues había ayudado a Crescón a crecer y había realizado el Manual de domadora del miedo a crecer.

Así que una vez que compartió su Manual con sus padres, se le hizo entrega de su certificado (ver figura C6-4), mencionando cada uno de los logros que Dulce había tenido durante el tratamiento.

SEGUIMIENTO

Después de la sesión de cierre la terapeuta tuvo contacto con Dulce en dos ocasiones: a los quince días y al mes del término de psicoterapia. Los cambios se habían logrado mantener a lo largo de ese tiempo.

Su mamá llamó por teléfono dos meses después del término de la psicoterapia, para solicitar orientación de cómo afrontar algunas situaciones que se estaban dando en el grupo de Dulce, donde había una niña que agredía a los compañeros. Dulce y su grupo de amigas habían tomado el rol de **defensoras del grupo**; asimismo eran las que portaban la voz de la inconformidad que había en el salón respecto a las agresiones que recibían de esta niña y de la inequidad con la que era tratada, pues las profesoras por temor a las explosiones de enojo de la madre de esta niña, temían llamarle la atención. La madre de Dulce logró por primera vez defender a su hija y supo hacer saber sus inconformidades al respecto tanto con las profesoras como con la madre de la niña de manera asertiva. Este evento ayudó a Dulce a sentirse protegida por su mamá, confirmó que podía contar con ella y se autoafirmó en cuanto a su capacidad para afrontar y resolver conflictos.

El proceso de psicoterapia de Dulce, su creatividad y su impresionante habilidad para la construcción de historias escritas permitieron a la propia psicóloga aprender no sólo la aplicación y efectividad de las técnicas de comunicación lúdica del Modelo de la Terapia Narrativa, sino que también pudo aprender respecto a la función que tienen los miedos en la vida cotidiana: ya que mediante éstos, es posible identificar diferentes peligros y acompañar al menor en el proceso de crecimiento y madurez, dándole la oportunidad de descubrir su propio valor, su creatividad y su capacidad de afrontamiento. A nombre de Dulce y de la autora de este trabajo, ahora se extiende la divulgación de este proceso para que pueda ser consultado por psicólogos y psicoterapeutas que trabajen en casos similares,

Figura C6-4. Certificado.

quienes seguramente se verán beneficiados por las contribuciones de Dulce y Crescón, protagonistas que invitan a **crecer con ellos**.

REFERENCIAS

Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de psiquiatría infantil*. España: Masson.
Batenson, G. (1972). *Steps to and ecology of mind*. Nueva York: Ballantine Books.
Freeman, J., Epston, D. & Lobivits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Ed. Paidós.
Méndez, F. (2005). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
Silverman, W., La Greca, A. & Wasserstein, S. (1995). "What do children worry about? Worries and their relation to anxiety". *Children Development,66*, 671-686.
Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
Vega, M. (2006). *El modelo narrativo y equipo reflexivo en psicoterapia infantil: análisis clínicos de dos casos*. Reporte de experiencia profesional a nivel Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.
White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Madrid: Paidós.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

CASO 7.
DIFICULTADES EN LAS RELACIONES FAMILIARES

"Ojitas para unir dos reinos"

Yolanda Santiago Huerta
Psicoterapeuta Infantil
Facultad de Psicología, UNAM

En las siguientes páginas se describe el caso de un niño de nueve años de edad, **E**, quien se presentó al consultorio con síntomas de depresión infantil. Debido a la violencia familiar, los padres se habían separado, por lo que el menor vivía en un entorno doméstico disfuncional.

Por los antecedentes y características del caso, la terapia se desarrolló en tres etapas: 1) sesiones de juego individual, 2) sesiones de juego con la hermana y, 3) finalmente se implementó la Terapia de Juego Filial (Guerney, 1964) para integrar a la madre de **E** al proceso terapéutico con el fin de ser un apoyo para el cambio y mantenimiento de los logros terapéuticos (Bailey & Ford, 2000).

Los cambios más relevantes que se obtuvieron al concluir la terapia fueron: manifestaciones de sentimientos positivos de **E** hacia su hermana, construcción de espacios en los que los hermanos se reencontraron como compañeros de juego, pudieron convivir, compartir experiencias y al mismo tiempo relacionarse con amabilidad y cooperación. Asimismo la madre desarrolló las habilidades de estructuración y establecimiento de límites, sin hacer uso de castigos o consecuencias desagradables. Finalmente como familia lograron expresar sentimientos de aprecio, respeto y satisfacción por estar juntos.

En la sesión de seguimiento los niños comentaron que el enojo entre ellos se volvió a presentar pero que, a diferencia de otras ocasiones, ahora buscaron espacios de convivencia en los que pudieran divertirse juntos y la madre mencionó que a **E** le era más fácil mostrar conductas de cuidado y protección hacia ellas.

ESTUDIO DE CASO

La participación de los padres en la psicoterapia se ha visto como una aproximación innovadora que provoca curiosidad, entusiasmo y optimismo, por lo que se reconoce como una forma viable de intervención en los problemas de los niños, que no sólo modifica la conducta negativa de éstos, sino que también ayuda a fortalecer la unidad de la familia, enseñando a los padres nuevas habilidades y mejorando las que ya tienen para que así, puedan ser más eficientes en su tarea de padres.

Cuando los padres participan en la terapia, lo primero que aprenden es cómo comunicarse y relacionarse constructivamente con su hijo. Los terapeutas refuerzan en ellos su competencia y sus habilidades para vincularse con sus hijos y resolver el problema actual y otros que se puedan presentar después. Asimismo, cuando los padres colaboran en el proceso psicoterapéutico, se perciben a sí mismos más capaces de manejar los problemas de sus hijos (Briemeister & Schaefer, 1989). Por lo anterior en este caso cobró gran relevancia la participación de la madre en el trabajo psicoterapéutico con **E**.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: E
Edad: 9 años
Sexo: masculino
Escolaridad: cuarto grado de primaria (escuela pública)
Nivel socioeconómico: medio bajo
Atendido en un centro comunitario

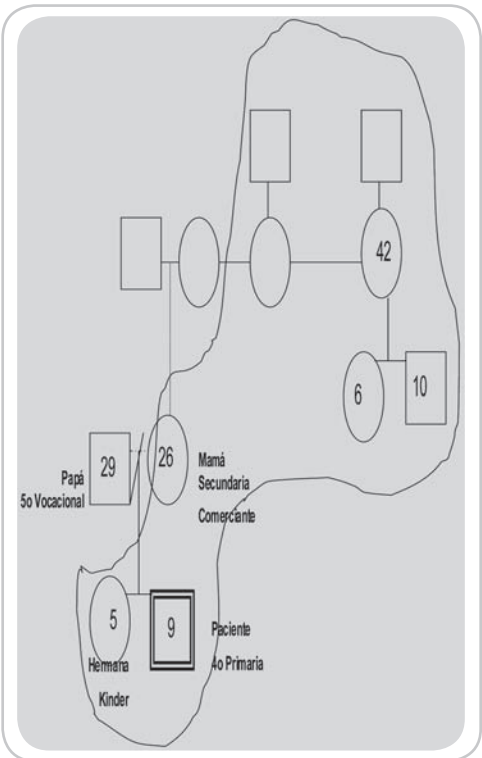


Figura C7-1. Familiograma.

MOTIVO DE CONSULTA

La señora **M** fue quien pidió apoyo psicológico para su hijo. Explicó que desde que su hija menor nació, **E** la molestaba, le pegaba y regularmente estaba enojado. Mencionó que conforme pasó el tiempo, este enojo se incrementó y multiplicó cuando sus padres se separaron. A la fecha de la evaluación a **E** le gustaba ver la caricatura de **Dragon-ball Z** y jugar con videojuegos de pelea; al terminar esta actividad, iba con su hermana **C** para pelear como lo hacían en la pantalla, argumentaba que estaba jugando con ella, pero terminaba pegándole y ahorcándola.

La madre explicó que para terminar con los problemas entre sus hijos le hablaba al niño de todas las formas posibles (platicando o con gritos) y parecía que **E** no le hacía caso, no la obedecía y no dejaba de pelearse con su hermana.

Al no tener resultados la señora **M** se desesperaba y se enojaba con ellos, por lo que en diversas ocasiones les pegó, gritó y castigó.

Además de los problemas con la hermana, la mamá mencionó que el niño era inseguro porque le daba pena participar en la escuela, que tenía poca o ninguna convivencia con sus compañeros de clase y que se enojaba cuando le llamaban la atención. De acuerdo a la opinión de su madre, **E** era muy desordenado porque no tenía cuidado con lo que hacía, tenía sus cuadernos hechos **chicharrón** y aventaba el uniforme. Por lo que frecuentemente ella lo calificaba de **cochino y desordenado**.

Finalmente la señora **M** mencionó que quería que se le proporcionara apoyo para que **E** no estuviera tan triste por la separación de sus papás.

HISTORIA DEL DESARROLLO DEL NIÑO

La familia estaba integrada por **E**, la señora **M** y su hermana menor **C**, de 5 años. Vivían en casa de una tía materna y visitaban a su padre los fines de semana.

Los padres se habían separado un año antes, debido a que tenían problemas de violencia, que en ocasiones llegaban a golpes severos. La señora **M** mencionó que su noviazgo y matrimonio habían sido difíciles porque en la relación existían insultos, desprecios y golpes. Comentó que el embarazo de **E** generó sorpresa porque no había sido planeado; ella sí lo quería tener pero el papá dudaba que el bebé fuera suyo.

El embarazo trascurrió en un ambiente de agresión entre los padres y cuando **E** nació el padre tuvo poco contacto con él, casi no lo vio y no lo cargó.

El bebé no aceptó la leche materna y presentó inflamaciones en el estómago, por lo que constantemente acudían al hospital.

Desde muy pequeño el niño presenció la violencia entre sus padres y el abandono temporal del padre cuando él tenía cerca de tres años. Durante esta ausencia la señora mencionó que ella se sentía como en un **hoyo** pues le costó trabajo atender su responsabilidad, nadie la apoyó con el cuidado de su hijo, y se sentía tan mal que casi no lo atendió. Después de tres meses el padre regresó a la casa y la madre quedó embarazada de su segunda hija.

La madre comentó que la niña era la consentida del padre, por lo cual en ocasiones hacía a un lado al niño. Ante esto ella intentó **consentir** al niño para que no se sintiera mal.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

A partir de la información obtenida en la evaluación psicológica y la entrevista con la señora **M**, se encontró que el niño presentaba sentimientos de tristeza y enojo, porque consideraba que era poco respetado y comprendido por sus padres; por lo que se alejaba física y emocionalmente de ellos.

Su enojo provenía de la frustración de no poder satisfacer sus necesidades, pues si intentaba cubrirlas o si las expresaba era regañado y castigado principalmente por su madre. Asimismo se enojaba porque consideraba que su hermana era la responsable de que sus padres no lo quisieran o lo cuidaran poco.

El niño demandaba afecto, compañía, comprensión y respeto por parte de sus padres y hermana. Tenía la sensación de ser lastimado o agredido por quienes lo rodeaban y por ello se mantenía constantemente a la defensiva. Se consideraba un niño desobediente y culpable del enojo o rechazo que los padres le mostraban

Percibía a su hermana como una niña caprichosa, berrinchuda, chillona, mimada y la consentida de los padres. El niño envidiaba la atención y cariño que ésta recibía de sus papás. Por considerarla una rival, era frecuente que la devaluara y negara sus propios sentimientos de cuidado y protección hacia su hermana.

E percibía cómo a su mamá le costaba trabajo entender y satisfacer las necesidades de sus hijos, que devaluaba sus habilidades y que en su relación había amenazas o agresiones. Deseaba que le diera tiempo y compañía sin que su hermana los interrumpiera. Mediante la evaluación se pudo observar que a la señora **M** se le dificultaba ayudar a sus hijos, criticaba constantemente su trabajo y le era difícil establecer límites con ellos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Con respecto a su padre, **E** sentía que éste no cumplía con las promesas que le había hecho, que era violento y no se daba cuenta de las necesidades de sus hijos.

Acerca de su familia **E** describió dificultades para relacionarse y comunicarse, debido a que no sabían cómo decir las cosas, a la vez que le costaba trabajo entender lo que los otros querían decir. Tenían dificultades para organizarse, disfrutar de una actividad en común y regularmente estaban discutiendo o criticándose.

En resumen, en **E** se detectaron los siguientes síntomas de depresión infantil: sensación de pérdida, ambivalencia hacia la figura materna, sentimientos de soledad, estado de ánimo irritable, llanto, fatiga, pérdida de la energía, disminución de la capacidad de placer al realizar sus actividades, dependencia, aumento de peso, sentimientos de culpa, baja autoestima y autoconcepto negativo.

Además de lo anterior, se encontraron las siguientes características en la relación familiar: rivalidad entre los hermanos, impedimentos de la madre para identificar y responder a las necesidades de sus hijos, así como para establecer los límites, problemas para ayudarse mutuamente y alcanzar una meta, limitaciones para expresar sentimientos positivos, así como dificultad para divertirse juntos.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Para resolver los problemas que presentaba el niño se hizo una intervención psicológica, la cual se integró en tres fases:

Primera fase. En ésta se trabajó de manera individual con **E** para propiciar una alianza terapéutica, proporcionar un espacio personal en el que tuviera la posibilidad de expresar sus sentimientos sin el temor a ser criticado, expresar los sentimientos de pérdida de la figura paterna, promover la expresión del enojo hacia la hermana e incrementar el autoconcepto del niño.

Segunda fase. En la que se hizo una intervención psicológica con la participación de su hermana para fortalecer la relación, así como favorecer una relación cordial entre ellos mediante la identificación de características comunes, la ayuda y la cooperación mutua.

Tercera fase. Se implementó el modelo de la Terapia de Juego Filial con la intención de fortalecer los vínculos afectivos entre la madre y el niño, ayudar a la señora a modificar estrategias de crianza que le brindaran resultados positivos, que ésta incrementara sus sentimientos de aceptación y calidez hacia su hijo y que se permitiera convivir con los niños a través del juego.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Primera fase: trabajo individual

Esta etapa de tratamiento tuvo una duración de seis sesiones. Se utilizó papel, pinturas y masas para hacer diversos dibujos que permitieron comentar y reflexionar acerca del enojo que el niño sentía hacia su hermana, así como lo que sentía y pensaba sobre sí mismo.

A continuación se presentan dos de las sesiones de esta primera fase:

Tercera sesión individual. Al igual que en la sesión anterior, el trabajo de esta reunión se centró en los sentimientos de enojo de **E**. En esta ocasión se le pidió a **E** que **dibujara la forma y tamaño de su enojo.** Una vez que lo dibujó se le indicó que mostrara con masitas qué parte de ese enojo podía representar a personas o situaciones que lo hacían enojar.

E dividió su dibujo en cinco partes (ver figura C7-2):

La porción más grande (roja) correspondía a su hermana. **E** mencionó que ella lo hacía enojar más porque era "encimosa, mentirosa, chillona y porque le agarraba sus cosas".

La proporción azul representaba a su primo. Éste lo hacía enojar **por llevado**.

Su prima, representada con el color verde, lo hacía enojar porque decía que todo era de ella.

Figura C7-2. Dibujo forma y tamaño del enojo.

La parte oscura lo representaba. Mencionó que se enojaba consigo mismo porque a veces se pasaba, haciendo referencia a que le pegaba a su hermana y no obedecía a su mamá.

Con esta representación del enojo se le mostró que su hermana no era la única que lo hacía enojar, sino que se enojaba con aquellos que le faltaban al respeto y querían quitarle sus pertenencias. Además se le comentó que él también estaba enojado consigo mismo porque hacía cosas que tal vez no quería hacer.

Se le preguntó qué hacía cuando estaba enojado y contestó que le pegaba a su hermana o le dejaba de hablar y se iba a su cuarto.

Se propuso que practicara la estrategia de **karate mental** con la que podía defenderse poniendo una barrera imaginaria que no dejara pasar lo que las personas le decían y que al mismo tiempo les regresara, también de manera imaginaria, lo que le decían, por ejemplo si le decían que tenía orejas grandes se podía imaginar cómo le crecían las orejas a las personas que se lo decía. Con esta estrategia era posible que pudiera divertirse más en vez de enojarse.

E pareció interesado en la propuesta, dijo que lo intentaría y se terminó la sesión.

Comentarios: con esta actividad **E** hizo evidente el tamaño y causas de su enojo. Fue importante mencionarle que su disgusto no era causado exclusivamente por su hermana, como lo había mencionado anteriormente, sino que lo que realmente lo hacía enojar era que le faltaran al respeto y trataran de quitarle algo.

En su representación de este sentimiento, **E** mostró consciencia de las conductas que tenía, que no le gustaban y que lo hacían enojar. El dibujo también hacía referencia al concepto que tenía de sí mismo, se consideraba un niño agresivo y desobediente.

Finalmente se le proporcionó una alternativa de autocontrol que le permitiría defenderse de los otros sin que hiciera uso de la agresión física y así evitar las consecuencias negativas.

Quinta sesión individual. E se sentía más tranquilo con respecto a su hermana, ya que al inicio de las sesiones ya no se expresaba de ella con tanto enojo, aunque no dejó de decir cosas negativas.

Para continuar el trabajo de las emociones y sentimientos (aceptables/no aceptables) hacia su hermana, se le pidió hiciera un dibujo que mostrara las características **buenas** y **no tan buenas** de su hermana. Ante esta petición el niño dijo que sólo mostraría las características que consideraba buenas. Tomó las masitas y comenzó a hacer caras sonrientes.

Unos instantes después cambió las caritas sonrientes por caras con expresiones de enojo y tristeza. Se le preguntó si le gustaban esas características de su hermana y contestó que las caras eran **C** cuando lo hacía reír. (Ver figura C7-3).

Al notar que **E** sonreía al hablar de su hermana, se le preguntó si quería invitarla para que trabajara con él; después de pensarlo por un momento, contestó que sí, pero que no la invitaría para la siguiente sesión sino para dentro de dos sesiones.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura C7-3. Caras sonriendo.

Comentarios: Al final de la sesión hubo mayor aceptación hacia la hermana y la terapeuta se dio cuenta que era importante fomentar los momentos divertidos entre ellos pues éstos eran muy valorados por **E** y, con ello seguramente se mejoraría su relación.

El cambio de expresiones (alegría-enojo) probablemente indica que cuando los hermanos estaban juntos iniciaban el juego con alegría y terminaban enojados y/o tristes porque no se ponían de acuerdo o peleaban.

Segunda fase: Juego fraterno

Ésta tuvo una duración de 10 sesiones. Los materiales que se utilizaron fueron títeres, papel blanco y de colores, lápices de colores, gises, tijeras, pegamento, diamantina y masitas. Con dichos materiales los niños elaboraron historias, máscaras, figuras de masita y dibujos.

A continuación se presentan dos de las sesiones más significativas de esta etapa:

Primera sesión de juego con la hermana. En esta sesión **C** estaba muy emocionada porque estuvo esperando la invitación para poder participar en el juego. Lo primero que hizo fue preguntar a qué iban a jugar. **E** sólo se sentó a esperar.

Se les preguntó a los niños a qué querían jugar. La hermana quería jugar con los títeres (volteando a ver un teatro elaborado en la escuela con una caja de cartón). El niño, con una cara de desaprobación hacia la propuesta de su hermana, dijo que él quería jugar con muñecos.

Para integrar ambas ideas se les dijo que tenían que ponerse de acuerdo para hacer una historia y usar unos muñecos que también eran títeres. Mostrándoles algunos de éstos, se les pidió que eligieran el que más les gustara. La hermana tomó con rapidez un caballo, dejando al niño con el deseo de verlo y usarlo.

Después de esto, ambos eligieron sus juguetes. **E** eligió varios modelos (aproximadamente 10 títeres) y dijo que los iba a ocupar todos. Ella eligió dos reyes, una niña y un bebé. **E** le pidió a su hermana uno de los reyes y le dijo que no fuera envidiosa. Después de un rato la hermana le aventó al rey y el niño también tomó a un mago.

La historia que inventaron incluyó principalmente al rey, la reina, un mago y los dos hijos de la reina (la niña y un bebé). (Ver figura C7-4).

El relato fue el siguiente:

> Era una reina que tenía su reino y no quería ver al rey. El rey también quería un reino y por ello peleaba con la reina.
>
> Como la reina no le permitía entrar al reino, el rey se enojaba tanto que le pedía al mago Merlín que la convirtiera en perro o que la desapareciera.

La reina
(hermana)

El rey
(paciente)

La niña
(hermana)

El bebé
(hermana)

El mago
(paciente)

El hada
(terapéuta)

Figura C7-4. Títeres empleados por E y su hermana para hacer una historia en la que representaron su conflicto..

Un día un hada les dijo que si unían fuerzas podrían proteger mejor el reino. La reina lo pensó e invitó al rey a pasar una noche en su reino. El rey aceptó y fue al castillo.

A la hora de dormir, la reina y sus hijos se durmieron dentro del castillo (en una habitación dentro del castillo), mientras que al rey le proporcionaron la habitación del segundo piso, habitación que se encontraba a la intemperie.

A la mañana siguiente, la reina preparó el desayuno y llamó a todos a la mesa. Aunque el rey estaba sentado la reina se tardó en servir. De pronto la reina le hizo una broma al rey, le dijo que ya no le serviría de comer y que se fuera del castillo. El rey molesto preguntó: ¿No que íbamos a hacer las paces? Sí, contestó la reina, pero será en otra ocasión. El rey se fue del castillo y la reina salió detrás de él diciéndole que era una broma, que regresara a desayunar.

En ese momento terminó la historia que hacían juntos. La hermana continuó haciendo la comida y dejando pasar el tiempo. Durante este periodo el niño sólo veía y empujaba el castillo de la reina para que se cayera de la mesa. Se le pidió a la hermana que diera final a su historia y dijo "termina en que todos comieron y fueron felices. Fin".

Al final de la sesión se habló con los personajes y se les preguntó cómo se habían sentido y qué pensaban: el rey dijo que estaba enojado porque no le gustaban las bromas pesadas de su hermana y que aunque la ignoraba, la reina lo molestaba. A la reina se le preguntó por qué hacía bromas al rey y ella sólo comentó que si la terapeuta no lo sabía, lo podía ver en un diccionario (y le dio un libro hecho con plastilina). A pesar de que se le preguntó de qué era el libro y qué podría contener, la hermana no contestó.

Comentarios: en esta sesión **E** se enojó porque su hermana se encontraba en su espacio y sobre todo porque ella era la que, al parecer, decidiría el juego sin tomarlo en cuenta. En la historia los niños reflejaron su problema: La hermana tenía el poder, el mando y el dominio sobre **el reino**. **E** no sabía cómo ser parte de ese reino y al parecer ninguno sabía cómo compartirlo, por lo que peleaban por ver quién era el único dueño del reino. Durante la historia los hermanos hicieron lo posible por arreglar la situación, por unirse y hacer las paces, pero no lo lograron. Ella engañó a su hermano diciéndole que podían hablar y finalmente lo corrió de su territorio. Esto provocó

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

enojo en el paciente y prefirió alejarse de ella. Al ver la dificultad de los niños por compartir el reino se les comentó que era importante llegar a acuerdos para que ambos tuvieran los mismos privilegios, pero hasta ese momento no habían aprendido a compartir.

Quinta sesión de juego con la hermana. En la sesión anterior el paciente hizo un personaje elaborado con masita y cuatro pequeñas esferas de cristal al que llamó **Ojitos** (ver figura C7-5) y su hermana hizo un *Winnie-Pooh* y a un puerquito. El paciente le pidió a la terapeuta que hiciera una pantera rosa.

Ojitos fue un personaje importante durante esta fase del tratamiento. De acuerdo al niño los dos ojos verdes, representaban la parte buena y dos ojos azules simbolizaban la parte mala del personaje.

En esta sesión los niños retomaron a estos personajes y armaron un escenario con los mismos materiales de la sesión anterior (árboles, lanchas y un puente). Aunque la hermana propuso que fueran a casa de *Winnie* a comer, la historia comenzó cuando a las panteras rosas las llevaron al hospital porque tuvieron un accidente (no especificaron cuál).

Mientras la hermana trasladaba a las panteras al hospital y las curaban, **E** hizo otro **Ojitos**. En esta ocasión, el nuevo personaje fue nombrado **Ojitas** quien no dejó que los personajes pasaran por el puente que los herma nos habían construido.

Sentimientos (un pulpo hecho por la terapeuta) quiso pasar por el puente y él fue al único a quien **Ojitas** le permitió el paso. Se le preguntó a este personaje por qué dejó pasar a **Sentimientos** y éste dijo que ella quería cambiar. A **E** se le cuestionó si **Ojitas** podía controlarse, es decir que si podía decidir cuándo era buena o cuándo era mala y rápidamente él contestó que no.

Después **Ojitas** atacó a las panteras, a *Winnie*, al puerquito y a Sentimientos. A continuación, **E** desarmó a **Ojitas** porque era mala y mencionó que ella era como su mamá. A pesar de que la desbarató, **E** propuso al final de la sesión que para la siguiente ocasión la reviviría.

Cuando se reflexionó acerca de lo que sucedió en la sesión se les habló de la parte buena y mala de **Ojitas** y la posibilidad de cambiar a voluntad. También se les comentó de los intentos que hacían las personas por cambiar y la facilidad con la que podían presentarse las conductas que no les agradaban (las malas conductas).

Al escuchar esto el paciente dijo que Ojitas era como su mamá porque tenía una parte mala que lastimaba. Nuevamente se les comentó que las personas tenían partes buenas y otras no tan buenas, sin embargo el contestó **sí, pero su parte buena no le sirve**. Al escuchar esto la hermana lo apoyó.

Comentarios: en esta sesión se observó un trabajo compartido entre los hermanos, así como la posibilidad de construir un puente de comunicación y convivencia entre ellos. Paralelamente a la historia principal, elaboraron un relato en el que curaban a los personajes que eran lastimados,

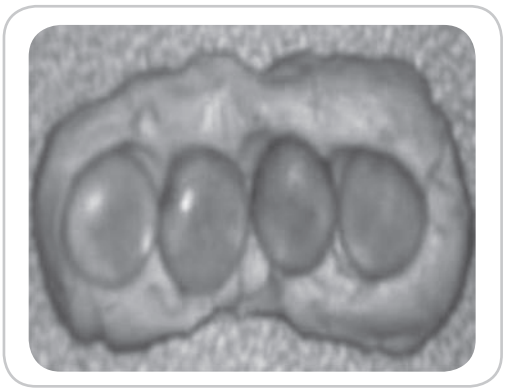


Figura C7-5. "Ojitas" representó la parte buena y mala de mamá en diferentes sesiones.

posiblemente porque en el espacio terapéutico estaban curando sus heridas emocionales y físicas, heridas que surgían de la relación poco cordial que existía entre ambos y con su madre.

En el juego apareció la figura materna representada por **Ojitas** que al parecer no permitía que los niños pudieran comunicarse y convivir cordialmente. La historia mostró que el paciente sentía que la madre no podía tener cambios de fondo y que sólo los lastimaba. Expresaron con claridad que la parte buena de su madre no funcionaba.

Es importante mencionar que una semana antes de esta sesión se había llevado a cabo una entrevista con la la señora **M** en la cual ella pidió ayuda para mejorar su relación con sus hijos, pues se dio cuenta que se enojaba constantemente con ellos y los regañaba mucho.

La petición de la madre y el juego de los niños permitieron pasar a la siguiente fase de tratamiento. Así que se invitó a la madre a participar en las sesiones de terapia y durante las tres siguientes semanas se llevó a cabo la capacitación de ésta en el modelo de la Terapia de Juego Filial, mientras se continuaba el trabajo psicoterapéutico con los niños

Sexta sesión de juego con la hermana: ésta comentó que ya no quería jugar con las figuras de masita y **E** contestó que él quería seguir jugando con **Ojitos**. Preguntaron a la terapeuta a qué quería jugar y la respuesta de ésta fue que jugaría a lo que decidieran juntos.

Después de unos minutos, ambos decidieron hacer unos dibujos (actividad propuesta por la hermana). Los dos llevaron los colores y las hojas a la mesa. La hermana repartió las hojas y sugirió que dibujaran con gises mojados. **E** y la terapeuta se miraron con un poco de desconfianza y le preguntaron a **C** si no se rompería la hoja. Ella les mostró cómo trabajaba con los gises y al ver que los colores se marcaban mejor, el paciente y la terapeuta comenzaron a dibujar.

Cuando terminaron sus dibujos, la terapeuta señaló las similitudes de los mismos: unas nubes, el sol, las flores, la casa/refrigerador, un niño y pasto. Asimismo, mencionó las diferencias en sus dibujos. Este ejercicio permitió señalarles que ellos podían ser similares en algunas cosas y en otras podían ser diferentes. El comentario hizo que **E** preguntara con sorpresa y un poco de preocupación: "entonces, si yo quiero ser arqueólogo ¿mi hermana también?" La terapeuta respondió que si ella quería ser arqueóloga tal vez lo sería, pero que posiblemente a ella le podría llamar la atención otra cultura. En ese momento la hermana intervino y comentó muy decidida: "yo no quiero ser arqueóloga, yo quiero ser pintora y voy a pintar lo que haga mi hermano". A continuación ella abrazó a su hermano, le dio un beso y él le correspondió.

Al final de la sesión la terapeuta preguntó a los niños qué pensaban de los dibujos que habían hecho. La niña no supo que decir, pero el paciente comentó: "Creo que mi hermana y yo somos iguales, más iguales de lo que yo creía". (Ver figura C7-6).

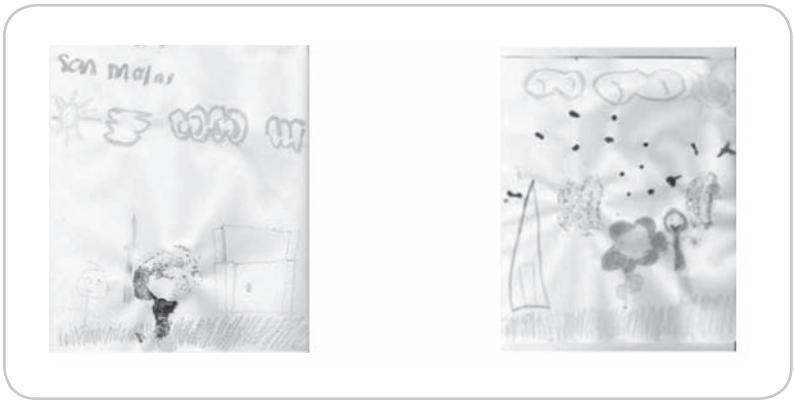


Figura C7-6. En ambos dibujos existen los mismos elementos: el sol, las nubes, una flor, la representación de una casa.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Comentarios: lo relevante de esta sesión fue que los hermanos lograron ponerse de acuerdo para jugar. La hermana mostró sus conocimientos y aunque su hermano dudaba al principio, aceptó la propuesta.

Los niños mostraron en sus dibujos aquellas cosas que compartían, de hecho el dibujo de uno parecía ser el reflejo del dibujo del otro. Los elementos comunes fueron una persona, un árbol, una casa, las nubes y el sol. A pesar de que había semejanzas, las divergencias eran explícitas, tanto en la forma de ser, en la percepción de los eventos, las actividades, etc. **E** hizo consciente las similitudes y diferencias entre ellos y expresó afecto hacia su hermana.

Tercera fase. Sesiones de juego filial

En esta fase se trabajaron quince sesiones. Los principales propósitos de ésta fueron:

- Capacitar a la señora **M** en las cuatro habilidades necesarias que le permitieron tener una mejor interacción con sus hijos
- Ayudar a la madre a generalizar el uso de sus habilidades
- Mejorar las relaciones madre-hijo y madre-hija.

Capacitación a la señora M

Durante tres sesiones se dio información a la señora **M** acerca de la manera en la cual podía controlar la conducta de sus hijos sin hacer uso de golpes o de los castigos excesivos.

Se le explicaron las diferentes fases de la Terapia de Juego Filial (desde la capacitación hasta el cierre del proceso), se habló con ella acerca de la importancia que tiene el juego en el desarrollo integral de los niños, enfatizando que a través del mismo los niños podían expresan sus inquietudes, deseos, enojos, frustraciones y muchos otros sentimientos. Se explicaron y ejemplificaron las **cuatro habilidades** que se desarrollan a partir de la **Terapia de Juego Filial: habilidad de encuadre**, es decir la forma en la que podría establecer las reglas de las sesiones de juego con sus hijos, dentro de estas normas se mencionaron los límites de espacio, tiempo y materiales. La habilidad de **escucha empática**, en la que tendría que estar muy atenta a lo que los niños querían decir mediante sus juegos, para que pudiera mencionarles lo que estaba observando. Aclarando que el mencionar no era dar una explicación del por qué los niños hacen lo que hacen en el juego, sino que implicaba hacer una descripción de lo que sucedía, por ejemplo: **el muñeco está triste**, **te veo enojado**, **parece que eso te da mucha alegría**. La habilidad de **juego imaginario**, es decir la posibilidad de representar, de la mejor manera posible, el personaje que el niño le asignara y la habilidad para **poner límites**, a través de la cual ella podría establecer reglas claras y precisas, así como las consecuencias que habría cuando alguien no respetara las reglas previamente establecidas.

Observación de las sesiones de juego con los niños

La madre observó durante dos sesiones la forma en la cual interactuaban los niños y la terapeuta. El propósito de estas sesiones fue ayudar a la señora **M** a que identificara los sentimientos y necesidades que expresaban sus hijos durante el juego, así como las habilidades básicas de la Terapia de Juego Filial (estructuración, establecimiento de límites, juego imaginario, y escucha empática).

Los materiales empleados en estas sesiones fueron masitas y globos para expresar sentimientos o estados de ánimo. El material para la madre consistió en la hoja de registro para que anotara las observaciones específicas sobre el juego y la interacción con los niños.

Primera observación de la madre hacia el juego de los niños: La mamá llegó a la sesión dándoles muchas órdenes a los niños: "siéntate tranquilo", "no estés molestando a tu hermana", "no grites".

Se les dio la bienvenida y se les explicó a los tres que en esa sesión la señora **M** estaría a un lado del espacio de juego y que no podría intervenir en las actividades, pues su única tarea sería observar la actividad y al final hablar con la terapeuta para comentar lo ocurrido en la sesión, inquietudes y dudas.

Al iniciar la sesión los hermanos no pudieron ponerse de acuerdo sobre la actividad o juego que realizarían. **E** quería jugar con los muñecos de masa (aquellos que utilizaron en sesiones anteriores), mientras que su hermana quería jugar a la casita. Se les pidió que se pusieran de acuerdo y decidieron hacer un juego con ambos materiales.

La hermana comenzó a acomodar los muebles y **E** quería desbaratar lo que su hermana acomodaba; lo intentó con un meteorito que caía de repente, con un avioncito que se estrellaba y con un fuerte viento. La terapeuta preguntó por qué era importante desacomodar la casita, a lo que el niño contestó que ese juguete no tenía que estar ahí. Cuando **E** sacó a **Ojitas**, los hermanos voltearon a ver a su mamá. La hermana fue quien le comentó que ésta era como ella, el niño completó esta expresión mostrándole a su mamá que el personaje tenía dos ojos rojos y dos azules y le dijo: "eres tú con una parte buena y otra mala". La madre un poco desconcertada y molesta les llamó la atención diciéndoles que no se distrajeran, que se pusieran a jugar y los niños retomaron su juego.

Los intentos por destruir la casa continuaron y se le preguntó a **E** si era posible que el meteorito, el avioncito o el viento estuvieran enojados por algo, no se obtuvo respuesta.

Cuando la sesión terminó, la señora **M** mencionó que le llamaba la atención que el niño siempre quisiera destruir las cosas y que no aceptara lo que hacía su hermana, actitud que también se presentaba fuera de las sesiones. Asimismo, se dio cuenta de que el paciente cambiaba su estado de ánimo con mucha facilidad, pues podía estar muy tranquilo y al siguiente momento muy violento.

Para continuar las reflexiones se retomaron los momentos en los que la señora creía que la terapeuta utilizó algunas de las cuatro habilidades básicas. A la señora se le dificultó identificar los momentos en los que se mostraron las habilidades, por ello se explicó que se habían empleado dos habilidades: la estructuración y la escucha empática.

La **habilidad de estructuración** se aplicó en tres ocasiones: cuando se dio la bienvenida a los tres, cuando se explicaron las actividades que realizarían en esa sesión y cuando se indicó a los niños que el tiempo de juego había terminado. La **habilidad de escucha empática** se utilizó cuando se puso toda la atención al juego del niño, cuando se permitió que el niño expresara libremente su enojo sin regañarlo y al mostrarle que intentaban entenderlo al reflejarle que los personajes parecían enojados por algo.

Mientras la señora **M** y la terapeuta hablaban, el paciente escuchaba con atención. Al darse cuenta, la terapeuta invitó a **E** para que se sentara cerca de ellas y escuchara lo que decían. Cuando se sentó, la terapeuta le comentó lo que su mamá había dicho las inquietudes que tenía, así como las observaciones que ella había hecho durante el juego. Ante esto **E** se sorprendió y esbozó una sonrisa. Inmediatamente después él le mostró la mano a su mamá, diciéndole que le había salido sangre (le mostró una mancha color rojo); la mamá le preguntó con asombro qué le había pasado y él le respondió que se había lastimado.

Cuando la terapeuta se dio cuenta de las dificultades de **E** para expresar sus emociones, le dijo que era posible que se le hubiera caído algo con pintura, pues tenía el mismo color en el cuello de la playera. La mamá lo observó, y dijo que había tratado de engañarla. La terapeuta continuó con su intervención diciendo que era posible que el niño quisiera darle un abrazo a su mamá y que lo que se le había ocurrido era decir que estaba lastimado. Agregó que no había problema si una persona pedía un abrazo o daba uno. Ante este comentario los dos, madre e hijo se vieron y se abrazaron.

Comentario: al entrar a la sesión, la señora **M** se esforzaba por mostrar que podía poner límites a la conducta de sus hijos, sin embargo sus métodos no surtieron efecto. Por más que levantaba la voz y se mostraba enojada, los niños simplemente no le hicieron caso y continuaron discutiendo.

No había mucho que comprender o interpretar de la sesión pues la problemática se hizo evidente ¿de qué manera **E** podría integrar y aceptar a su mamá como un todo?, ¿con sus virtudes y defectos? ¿Cómo podría la mamá aceptar a E tal como era? La respuesta a estas preguntas llegaron al final de la sesión: lo que había que hacer era propiciar espacios donde madre e hijo pudieran convivir, compartir, expresarse y escucharse mutuamente, para que se dieran cuenta de los aspectos positivos que tiene cada uno y que dejaran de ver sólo los aspectos **negativos** del otro.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Participación de la mamá en el proceso terapéutico

En estas sesiones se tuvo la intención de incrementar los sentimientos de aceptación y calidez de la madre hacia sus hijos, ampliar su habilidad para establecer límites claros, aumentar la expresión de afectos positivos entre ellos, así como el mejorar la comunicación entre los miembros de la familia. Los materiales que se emplearon en estas sesiones fueron hojas, cartulinas, colores, tijeras, pegamento, arena y miniaturas; con ellos elaboraron dibujos, un arenero y un acuario familiar.

Primera sesión de juego filial entre la madre y sus hijos: Después de darles la bienvenida, la terapeuta comentó que sólo observaría el juego, pero no participaría en él. Señaló que podían utilizar cualquiera de los materiales que estaban en el consultorio.

Para iniciar, la hermana preguntó al paciente a qué iban a jugar, pero no tomaron en cuenta a su mamá. La niña propuso que dibujaran y los demás aceptaron. La hermana fue quien se acercó al escritorio por las hojas con la intención de repartirlas, sin embargo la señora **M** se levantó de la sillita donde estaba sentada, fue hacia el escritorio y comenzó a repartir las hojas.

E quiso trabajar con pinturas digitales, pero la señora **M** le dijo que no lo hiciera. Unos minutos más adelante ésta tomó las pinturas digitales, las puso en la mesa y advirtió que no fueran a ensuciarse, pues de lo contrario los pondría a lavar la ropa.

Entre todos abrieron los frascos de pintura. La hermana tomó uno de los frascos y su mamá le indicó que no utilizara tanta pintura.

E dibujó unas nubes, pero al no hacerlas como esperaba dijo: "no me salen las nubes", la respuesta de la señora **M** fue "sí te salen".

Mientras **E** hacía su dibujo la señora **M** hacía comentarios como "¡Qué feas nubes!", "¡eres muy descuidado!", "¡las cosas se hacen bien desde el principio!". Poco después, ella comentó que quería dibujar un carro pero que no sabía cómo hacerlo. Los niños no hicieron caso a lo que había dicho su mamá y siguieron trabajando en sus dibujos.

Como el dibujo de **E** no quedaba como él quería, el niño quiso ocupar otra hoja y su mamá le dijo que ocupara el reverso de esa misma hoja. El niño le explicó a su mamá que si ocupaba el otro lado de la hoja mancharía la mesita, pero a pesar de ello la señora **M** le ordenó utilizar la misma hoja. Cuando la mamá se dio cuenta de que su hijo tenía razón, dijo con cierta indiferencia "bueno, ocupa otra hoja".

La señora **M** pidió ayuda para hacer un carro y el niño fue quien le mostró cómo hacerlo. La niña dijo que ella también sabía hacer los carros, pero su mamá y su hermano no le hicieron caso.

E dibujó unos árboles y dijo que los iluminaría con color rojo "rojo para la sangre de los árboles". Al escuchar esto la mamá preguntó asombrada: "¿¡sangre!?", y él corrigió: "bueno, cremita".

La niña pidió ayuda a su mamá para hacer un **vochito** y ella la apoyó. El niño explicó que el dibujo que él hacía representaba a su hermana cayendo de las nubes. Ante ello la señora **M** reclamó "¡siempre con la violencia!". Entonces, él cambió su relato expresando: "bueno es la dimensión desconocida". En su dibujo quiso incluir un carro y preguntó "¿Cómo son los carros? Ya no me acuerdo". Pero nadie lo ayudó ni hizo comentario alguno.

Mientras el niño dibujaba se manchó con la pintura y su hermana le dijo que tuviera cuidado. Él contestó "ni modo mensa" y su mamá lo regañó diciéndole "no le digas mensa".

La señora **M** intentó hacer una historia con los dibujos de los niños y comenzó a relatar que su hija iba en su coche y ella iba en el **vocho**, pero no logró que los niños le ayudaran a hacer la historia. Ella preguntó si recordaban el atardecer y se formó un diálogo entre ella y **E** dejando fuera a la hermana. Durante este diálogo la mamá mencionó que su hijo era como los malhumorados (unos personajes de la caricatura de **los monkikis**) porque siempre estaba de mal humor.

El niño intentó dibujar un duende en su hoja pero no sabía cómo hacerlo. Al ver las dificultades que tenía la mamá, le mostró en una hoja aparte cómo se hacía un duende. Al principio **E** no utilizó el modelo que había hecho su mamá, pero poco después intentó copiarlo en su hoja.

La señora **M** volvió a hacer una historia con los dibujos, pero el niño le pidió que lo esperara porque aún no terminaba y explicó que no le quedaba el duende. La mamá continuó la historia sin hacerle caso.

Unos minutos más adelante, **E** le preguntó a su mamá cómo podía hacer una estrella y, a diferencia de lo que sucedió con el duende, ella tomó la hoja del niño e hizo un cometa.

Cuando terminaron los dibujos, los tres intentaron hacer una historia. Durante el relato, **E** mencionó que había cosas raras porque en su dibujo había un perro volando. Debido a que se mencionó a un perro, la señora relató que en la mañana habían atropellado a un perrito, igual que lo que le había pasado a su perrito hace algunos años. Los niños se sorprendieron por este hecho, expresaron frases como "¡pobre perrito!", y mencionaron la tristeza que sintieron al saber que su perrito había sufrido un accidente.

Como un esfuerzo de generar sentimientos positivos la señora M dijo que sería bueno que asistieran al estadio de fútbol, aunque **E** fuera aficionado del América. El paciente contestó "¿Me vas a desheredar por irle al América?". Ella no respondió, pero desvió el tema diciendo que iba a hacer un payaso. La hermana dijo que ella quería dibujar un *brasier* e inmediatamente la mamá pidió que no dijera esa palabra. A pesar de esta orden, la niña repitió en diferentes momentos que dibujaba un *brasier* y la señora le recordó que eso no lo podía decir.

Ante la insistencia de su hermana, **E** le pidió que dejara de hacer tantas impertinencias como solía hacerlas. Él comenzó a dibujar a su hermana y dijo que la haría deforme, la señora **M** comenzó a describir cómo quedaría su hija: **chueca, con cara fea, ojos chuecos…** obviamente sólo ellos se rieron con los comentarios y la niña se quedó seria.

La terapeuta intervino para decirle a la señora M que el tiempo se estaba terminando y que tenían cinco minutos más. Ante la noticia, la mamá quiso hacer una historia con ellos, pero no lo logró y comenzó a regañar a los niños diciéndoles que no hicieran un **atascadero** y que no fuesen a tocar su ropa.

Aunque la señora **M** intentó terminar la actividad, no pudo y **E** siguió burlándose de su hermana. Un tanto desesperada, la mamá le dijo al niño que se comportara o le iba a jalar la oreja e intentó tocarlo. El niño se hizo a un lado, dijo: "Yo te voy a jalar la oreja", estiró la mano y alcanzó a tocar a su mamá.

Al finalizar la psicóloga mencionó que era normal que los padres se sintieran desubicados durante la primera sesión de juego con los niños y que en ese primer encuentro podría ser difícil aplicar las habilidades de juego. Asimismo felicitó a la señora **M** por el entusiasmo y esfuerzo que mostró al estar conviviendo con sus hijos, además reconoció y elogió los momentos en los que ella brindó ayuda a sus niños guiándolos sobre algunas tareas, sin meterse directamente en sus actividades.

Se le recomendó que para emplear las habilidades, diera una pequeña bienvenida a los niños, para marcar el inicio de la actividad. Asimismo, se le recomendó mencionar unos minutos antes que se estaba terminando el tiempo para dar la oportunidad a los niños de terminar su juego, de esta manera ella podía hacer uso de la **habilidad de estructuración**.

Se indicó que era importante evitar que los niños se lastimaran física o verbalmente dentro de la sesión, por lo que ella podía usar la **habilidad para poner límites** diciendo que ese tipo de expresiones no eran válidas durante el juego y mencionar las posibles consecuencias si se volvía a presentar esta conducta, y se hizo la aclaración de que éstas no debían ser violentas como el jalarles la oreja. Se le pidió que no participara en las expresiones agresivas entre los niños, como lo hizo cuando ayudó a su hijo a describir como quedaría la hermana deforme.

Finalmente se indicó que siguiera el juego de sus hijos y que estuviera atenta a las expresiones de los diferentes sentimientos o necesidades de los niños para aplicar la **habilidad de escucha empática**, se explicó que para desarrollar esta habilidad era necesario hacer a un lado los propios juicios y necesidades para dar prioridad a las de sus hijos.

Comentarios: en esta sesión se observó la forma en la que los miembros de la familia interactuaban regularmente. La relación que había entre ellos se basaba en las críticas, autocríticas, insultos, devaluaciones mutuas, amenazas, reclamos, intolerancia, desatención y en alianzas para agredir a uno de los miembros.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Aunque la madre intentaba generar un ambiente positivo, en varias ocasiones fue ella misma quien promovió situaciones que terminaban en agresiones o descalificaciones. Le fue difícil evitar que los niños se agredieran entre sí y por el contrario participó en comentarios que ofendían o devaluaban a uno de ellos.

Se observó que a la señora **M** le fue difícil centrarse en lo que expresaban sus hijos sin hacer juicios o sin poner de por medio sus propios deseos o necesidades.

A pesar de estas dificultades fue importante reconocer y hacer evidente el gran esfuerzo que estaba haciendo por mejorar la relación con sus hijos.

Cuarta sesión de juego filial entre la madre y sus hijos: los tres entraron al espacio terapéutico y tomaron asiento. La señora **M** preguntó a la terapeuta la hora y pidió de favor que se le avisara cuando faltaran dos minutos para que terminara el tiempo de juego. Ella se dirigió a sus hijos diciéndoles: "¡Qué bueno que estamos aquí!, ¿a qué vamos a jugar el día de hoy?" La niña propuso que dibujaran y el niño opinó que utilizaran las masitas.

No hubo un acuerdo como tal, pero tampoco hubo discusión por decidir a qué jugaban. La niña se acercó a los juguetes mientras el paciente y la señora **M** permanecieron sentados. La niña vio el arenero y preguntó a los demás si podían jugar con la arena, **E** y su mamá voltearon a verse y aceptaron la propuesta de la hermana.

La niña llevó el arenero y las miniaturas a la mesa e inició el relato diciendo que había unas tortugas que se enterraban en la arena para poner sus huevos. **E** volteó hacia ella para decirle "No tonta, no es así" y le explicó que las tortugas no se enterraban para poner sus huevos. Ante esta expresión, la mamá pidió tranquilamente al niño que no utilizara esas palabras para hablar con su hermana, el niño tomó del hombro a su hermanita y ofreció disculpas, además dijo a su mamá que no volvería a hacerlo.

La niña continuó con la narración diciendo que en la historia también existía una lagartija que se llamaba como su mamá y que estaba con su novio. La mamá se sorprendió por esta revelación y preguntó qué estaba pasando entre la lagartija y su novio. La niña no quiso contestar y terminó el juego diciendo que "ya no quería jugar a eso".

Aprovechando que se había terminado la historia, **E** dijo a su mamá que iba a contar un chiste pero que era un poco grosero. La mamá aceptó que lo contara indicándole que evitara decir la grosería. Cuando **E** comenzó el chiste su hermana lo interrumpió para continuar contándolo, pero él dijo "déjame contar el cuento yo", la niña dijo "¡Ay, si es cierto!" y guardó silencio para que su hermano contara el chiste. Mientras contaba el chiste, los tres se reían de las expresiones que hacía **E**.

Para retomar el juego con la arena la hermana seleccionó dos miniaturas iguales y dijo que eran gemelos. La mamá tomó uno de los muñecos y preguntó "¿adónde fue la mamá?", "no sé, dijo que iba a ir a la tienda", respondió la niña; "y la asaltaron" agregó **E**.

Después de esta conversación no hubo relato o historia alguna, lo que hicieron fue tomar más muñecos y mencionar quiénes eran o qué hacían: un dinosaurio vikingo, un señor que quería esconder un tesoro, una nave espacial, un trailer y un camello. Algo que llamó la atención fue que al presentar al trailer la hermana pidió a su mamá que escribiera en la arena "juntos por siempre" y la mamá lo hizo.

Mientras interactuaban estaban tranquilos, sonreían, y compartían recuerdos agradables. La señora **M** distribuyó su atención entre ambos niños, trató de estar atenta a lo que decían sus hijos, los miró cuando estaban hablando, y trató de integrar al otro en la conversación diciendo frases como "¿y tú cómo ves?".

En la retroalimentación la señora **M** y la terapeuta hablaron de la forma en la cual había aplicado las habilidades de la Terapia de Juego Filial. Ella mencionó que le quedaba más claro el uso de la habilidad de estructuración cuando dio por iniciada la sesión y cuando informó que faltaban unos minutos para terminar el juego, así como la habilidad para poner límites cuando dijo a su hijo que no podía hablar a su hermana con insultos, aunque reconoció que no dijo cuáles serían las consecuencias. La terapeuta agregó que había aplicado la habilidad de escucha empática cuando siguió el juego de los niños y continuaba preguntando sobre lo que decían, evitando enjuiciarlos o criticar su trabajo.

Además de las habilidades, la mamá dijo que se sintió muy bien jugando y platicando con sus hijos sin que terminaran peleando, y que también le daba mucho gusto que sus niños se trataran bien.

Comentarios: a pesar de que se presentaron expresiones ofensivas entre los hermanos, estas ya no terminaron en una discusión entre ellos o con la madre. Por el contrario, en este juego mostraron la disposición de reconocer sus faltas y reparar lo hecho a través de pedir una disculpa. Pudo verse la capacidad de los niños para esperar su turno y respetar el espacio o conversación del otro hermano.

La señora **M** mostró mayor apertura en la convivencia con sus hijos. Fue más amable y capaz de establecer límites sin la necesidad de usar advertencias o castigos. Además hizo lo posible por distribuir su atención hacia los dos niños y estableció un mayor contacto cuando se dirigió hacia donde estaban sus hijos o cuando los miraba a los ojos al hablar con ellos. La mamá mostró la habilidad para escuchar los sentimientos y necesidades de sus hijos, pero sobre todo expresó la habilidad para responder a las peticiones de sus hijos, lo que no se observó en la primera sesión de juego con ellos.

En esta sesión, la mamá no hizo críticas o señalamientos negativos hacia el trabajo o expresiones de sus hijos. En vez de ello, se dio la oportunidad para investigar lo que podrían sentir sus hijos mediante preguntas sobre lo que hacían o sentían los personajes que utilizaban en el juego. Fue capaz de aplicar deliberadamente las habilidades de Juego Filial que más le costaban trabajo: poner límites y estructuración.

Transferencia y generalización de las habilidades: una vez que se terminó la fase de juego dentro del consultorio se pidió a la señora **M** que tuviera espacios de juego en casa y que los llevara a las sesiones para comentarlos con la terapeuta. En general, la única dificultad que tuvieron al realizar las sesiones en casa fue la interrupción de los familiares en el cuarto en el que llevaban a cabo el juego. Sin embargo, ellos no detuvieron sus actividades y fueron capaces de dedicar un espacio especial para convivir, jugar y disfrutar juntos.

Mientras se daban estas sesiones la madre comentó que también había aplicado las habilidades de estructuración y establecimiento de límites en otras actividades como hacer los quehaceres o tareas escolares. Explicó que incluso usaba algunos juegos como las competencias o el jugar a la casita para lograr que los niños ayudaran en los quehaceres.

Cierre de la Terapia de Juego Filial después de unas vacaciones: los tres llegaron muy emocionados diciendo que pasaron mucho tiempo juntos en balnearios, parques, juegos mecánicos y en su casa. La terapeuta preguntó a los niños cómo se habían llevado entre ellos y ambos respondieron que bien, se habían peleado menos y se querían más. Al cuestionar acerca de su relación con la mamá dijeron que ella ya no se enojaba tanto y los regañaba menos, aunque todavía lo hacía. Por su parte la señora dijo que durante este tiempo se había dado cuenta de los cambios de su hijo, pues en vacaciones lo notó más seguro de sí mismo, menos enojón, más alegre y más cariñoso con su hermana.

De acuerdo a esto, la terapeuta comentó que los cambios que habían hecho durante el tratamiento eran la disminución de los problemas entre los niños, el mayor control por parte de la mamá de su enojo, una mayor comunicación entre ellos, el aumento de las expresiones de afecto, así como el permitirse disfrutar del juego.

Comentó que debido a que se había logrado disminuir y tener mayor control sobre los problemas que los llevaron a consulta, era hora de terminar el tratamiento; por lo que esa sesión era la última en la que estaban los tres juntos, pues con ésta se daba fin a la fase de tratamiento con Terapia de Juego Filial. Comentó que cerrarían el tratamiento de **E** en tres semanas y que después habría dos sesiones de seguimiento con un tiempo entre cada una de un mes. Ante esa noticia los tres se sorprendieron y comenzaron a expresar las problemáticas que aún creían poseer, por ejemplo la mamá comentó: "Bueno, mi hijo aún tiene sus arranques de coraje, de ira…….. Yo a veces aún les doy sus nalgadas porque es inevitable…. Pero sí hemos cambiado y nos sentimos bien". Los niños no dijeron nada, pero comenzaron a discutir, jalarse las manos y manotear un poco.

La psicóloga explicó que ellos habían crecido dentro y fuera de las sesiones y que cerrarían poco a poco el tratamiento para que siguieran avanzando por sí solos. La mamá comentó a sus hijos: "Es como si al empezar a venir aquí, fuéramos unos pajaritos pequeñitos a quienes les enseñaron a volar y ahora que ya crecimos tenemos que volar solitos". Los niños se sonrieron con ella y dijeron que sí.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Para cerrar la Terapia de Juego Filial la psicóloga les pidió hacer un acuario familiar y les mostró los materiales con los que podían trabajar.

Los tres sonreían y disfrutaban de la actividad. Si uno de ellos mostraba a los demás el personaje que había terminado recibía sonrisas y comentarios acerca de lo bien que le había salido o si su muñeco estaba bonito.

Los niños hacían sus dibujos y cuando lo necesitaban pedían el apoyo de su mamá. En algunos momentos los niños no hacían caso a las explicaciones de su mamá y ella se los hacía saber recobrando su atención. Cuando los menores no le hacían caso, ella se molestaba pero ya sin mostrar respuestas agresivas hacia los niños.

Cuando terminaron sus dibujos, comenzaron a recortarlos. Como sólo había dos tijeras uno de ellos tenía que esperar a que se desocuparan; pudiendo hacerlo pacientemente. Parecía como si los problemas, los regaños, los castigos, las críticas y las devaluaciones hubieran quedado atrás.

La niña y la señora **M** comenzaron a pegar sus personajes y como **E** aún no terminaba de recortar todos sus dibujos, pidió que le dejaran un lugar para poner sus peces. La mamá le preguntó dónde los quería poner, él señaló los lugares y ellas pegaron sus dibujos sin invadir el espacio que él había pedido.

Cuando terminaron la terapeuta preguntó si recordaban el primer acuario que habían hecho y mencionó las diferencias entre aquel y el acuario recién hecho: la posibilidad de terminar la actividad, el reconocimiento del trabajo del otro, la ayuda y cooperación para realizar los dibujos y, sobre todo, el disfrute que mostraron al jugar juntos y compartir un espacio.

Comentarios: se observó un gran cambio en la forma en la que **E**, su hermana y su mamá se relacionaban. En las actividades que realizaron durante las vacaciones manifestaron expresiones de afecto, tolerancia, guía, cooperación, respeto y disfrute de aquellos momentos que compartían juntos.

Aunque el enojo se presentó en el transcurso de las vacaciones, la forma en la cual lo enfrentaron fue diferente a cómo había sido unos meses atrás. Ahora el enojo no los separaba, ellos mostraban una unión, cercanía y felicidad tan intensa que parecía que con ella podían vencer a ese rival que ahora se veía tan débil: el enojo y su amiga la separación.

En estas sesiones ellos aprendieron a expresar lo mucho que se querían, el interés que tenían por pasar momentos agradables, a ser tolerantes entre ellos, a reconocer sus esfuerzos y los de los demás, a respetar sus espacios y respetarse unos a otros, pero sobre todo aprendieron a disfrutar del juego y de los momentos en los que estaban juntos.

Por su parte, la madre logró establecer límites con sus hijos sin hacer uso de los castigos o golpes, desarrolló su paciencia para mostrar y explicar, cuantas veces fuera necesario, la forma en la que sus hijos debían hacer sus actividades, asimismo tuvo la oportunidad de decirles a sus niños, de manera asertiva, que no le agradaba que la ignoraran.

Cierre y seguimiento del proceso terapéutico

Para el cierre se ocuparon tres sesiones (individual, fraterno y familiar). A continuación se presenta parte de la sesión fraterna y familiar.

Sesión de cierre con los hermanos: al llegar a la sesión la hermana comentó que ya tenía muchos amigos (ella había iniciado la primaria en ese periodo). La terapeuta explicó que era la última sesión en la que estaban ellos solos, pues en la siguiente cita estaría presente su mamá y harían una reunión de despedida. Asimismo se les mencionó que después de esa sesión habría algunas más de seguimiento.

Para trabajar, la psicóloga solicitó que hicieran una historia del proceso terapéutico. Los niños eligieron el nombre del juego. **E** propuso (por consejo de su hermana) que la historia se llamara **La saga de Hades o la saga de Poseidón, el capítulo del santuario**. Para relacionarlo con el proceso terapéutico la terapeuta sugirió combinar ese nombre con lo que ellos habían hecho y que la historia podía llamarse **La saga de Hades, la gran batalla contra el rival más débil** o bien **La saga de Poseidón, la gran batalla contra el rival más débil.** Les explicó que ellos habían librado una gran batalla en la que tuvieron que aprender muchas cosas y convivir; mientras que **el rival más débil** había sido el enojo y la tristeza. La hermana agregó que otro rival débil también había sido la separación.

Figura C7-7. Sesión de cierre con los hermanos.

A los dos les agradó la propuesta del **rival más débil**, acordaron que la historia se llamaría **La saga de Poseidón** porque en esa serie había un gran soporte principal. Explicaron que éste era una gran torre que se tenía que destruir para acabar con los siete pilares y terminar con el mal. Ellos explicaron que en la caricatura los personajes tenían que tirar siete pilares correspondientes a los siete océanos (Atlántico norte, Atlántico sur, Pacífico, Antártico, Índico y Ártico). Se les preguntó si en su batalla también tuvieron que tirar algunos pilares; ellos dijeron que sí, que los que habían tirado eran el enojo, la tristeza, la separación, la incomprensión, la mentira, lo presumido (de su mamá), el maltrato (regaños y golpes entre ellos y su mamá) así como el llevarse mal. **E** aclaró que en la caricatura no tenían que tirar los pilares, sino que tenían que vencer a los guardianes de dichos pilares para que los caballeros tuvieran el control (ver figura C7-7).

Después de esta historia, la niña pidió hacer su propia historia con los títeres (un changuito y un unicornio) que había tomado mientras su hermano hablaba de los pilares (ver figura C7-8).

Su representación fue la siguiente:

Changuito (E): ¡Hola amiguitos!
Terapeuta: ¡Hola, como estás! Nosotros estamos bien, estamos viendo las batallas que nuestros amiguitos han librado
Ch: Les quiero presentan a mi amiguita (señala al unicornio) se llama **Atenea**
T: Atenea, ¿qué te trae por aquí? Cuéntanos
Atenea (C): Es que hace mucho tiempo entre el changuito y yo estaba el enojo, pero ahora somos amigos
T: ¿Ah sí? ¿Por fin pudieron ser amigos?
A: Sí, antes nos peleábamos mucho

Figura C7-8. Historia de la niña.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

T: ¿Cómo le hiciste para ya no pelearte tanto con tu amigo el changuito?
A: Hable con él
T: Oye changuito y tú ¿cómo te sientes de que ya estés bien con Atenea?
Ch: Yo me siento muy bien porque Atenea ya es mi amiga.
T: ¡Guau! Entonces ahora ya se volvieron más fuertes, porque antes estaban separados y ahora ya son dos.
Ch: ¡Sí! Y vencimos al enojo
T: ¿Y cómo le hicieron? ¡Cuéntame!
Ch: Hablamos (representa cómo hablaron):
A: Oye changuito yo quiero hablar contigo…… (me miró y me dijo que también al enojo le decían Hades)…….. Hace mucho tiempo yo tenía muchos amigos, pero ahora ya no…. Y quiero pedirte que si quieres ser mi amigo
T: ¿Cómo se sienten los dos? ¿Serán amigos por siempre?
Ch: Sí, seremos amigos por siempre
T: ¿Qué va a pasar si se presenta el enojo nuevamente?
Ch: Nos volveremos juntar
T: ¿Qué mensaje les darían a niños… a los hermanitos que se pelean mucho?
Ch: Que olviden lo que ha pasado
(Los niños se ponen de acuerdo hablándose al oído)
Ch y A: Amiguitos…. Les queremos decir que se junten para que Hades ya no los vuelva a molestar.
E comentó que Hades era eterno. Al respecto la terapeuta mencionó que el enojo no había desaparecido, pues era normal que en ocasiones las personas se sintieran enojadas y que era importante que estuvieran juntos para no dejarse vencer.

Los dos terminaron cantando la canción de los Caballeros del Zodiaco y el Himno Nacional. (Los personajes terminaron su participación abrazados).

Cierre con la madre y sus hijos. Para el cierre se les pidió a cada uno que hiciera una carta en la que dejaran un mensaje para las personas que tuvieran problemas como ellos y que también quisieran enfrentarse al enojo y su amiga la separación. Los tres tomaron unas hojas y se sentaron a escribir. Mientras lo hacían decidieron abrir las bolsas de botana que llevaron para convivir. Cuando terminaron leyeron la sugerencia que hicieron. El primero en compartir lo que escribió fue **E**, su carta decía:

Bueno, aquí aprendí a controlarme. A controlar
lo que me pasa. Aprendí lo que puedo
hacer con mis manos. Aquí en este espacio pude
convivir con mi mamá, mi hermana y la psicóloga
es super buena. Me voy pero
en mi mente pensaré en este lugar
Gracias
ATTE.

La mamá escribió

Bueno, pues yo estoy muy agradecida contigo, pues has
sido un peldaño muy importante. Con la ayuda que hemos recibido
logramos avanzar bastante, aprendí tantas cosas que ni yo
misma imaginaba y cambiar tanto. Mis hijos también están
bien y muy contentos pues se les nota.
La vida nos tiene tantas sorpresas y cosas que seguir
aprendiendo que gracias a la ayuda de ustedes seguiremos
siendo fuertes y avanzaremos a pasos cortos, talvez;
o iremos muy rápido pero eso si te digo cada día me
siento muy feliz y mejor.

No siempre las cosas marcharán también, pero para
todo hay solución, 1000 Gracias x Todo
03/10/05

La niña hizo un dibujo y dijo que quería mucho a todos.

Para cerrar el proceso terapéutico y mostrarles su gran dedicación y entrega al trabajo la terapeuta entregó unos diplomas por haber vencido a su rival más débil.

SEGUIMIENTO

Como lo habían dicho los niños en las sesiones de cierre, el enojo no desapareció y volvió a presentarse con mucha fuerza en los primeros días de haber terminado el tratamiento. Sin embargo, ellos enfrentaron a sus rivales buscando espacios de convivencia en los que pudieran divertirse juntos: iban al parque, veían televisión, y se cuidaban mutuamente.

Una meta que consiguieron en esos días fue concretar el cambio de casa y aunque no era un espacio muy grande, era un lugar donde estaban ellos solos. Además la señora **M** encontró un trabajo muy cerca de su casa que le permitía estar cerca de sus hijos (trabajaba en un café Internet que estaba cerca de la escuela de sus hijos). Al parecer a la señora **M** le sería un poco complicado poder pagar la renta, pero estaba dispuesta a esforzarse para tener un espacio propio para su familia.

Un suceso importante que compartieron fue que un día se quedaron todos dormidos, pues estaban muy cansados. La señora dijo que no se dio cuenta pero que **E** se despertó, cerró la puerta del departamento, apagó la luz y fue a cobijar a su hermana y a su mamá. Ella estaba muy sorprendida y cuando me comentaba esta experiencia **E** dijo "Es que quería cuidarlas y protegerlas", la reacción no se hizo esperar y los tres se abrazaron.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

A continuación se presenta de manera resumida los resultados del proceso terapéutico.

Cuadro C7-1. Cambios en el paciente al terminar la fase de trabajo individual

Inicio de la fase de trabajo individual	Final de la fase de trabajo individual
Su enojo estaba centrado en la hermana ya que al preguntarle qué lo hacía enojar sólo la nombraba a ella	Se descentraliza su enojo, lo que le permitió darse cuenta que otros también lo hacían enojar (por ejemplo sus primos, su mamá y él mismo)
Sólo expresaba sentimientos negativos hacia su hermana diciendo que era fea, tonta, fastidiosa y que no la quería ver	Manifestó sentimientos positivos hacia su hermana diciendo que le caía bien cuando lo hacía reír y cuando jugaban juntos
Sólo veía las características negativas de su hermana	Se dio cuenta que él también tenía las características que no le gustaban de su hermana
No quería compartir el espacio terapéutico con su hermana	Aceptó invitar a su hermana para que participara en las sesiones de juego
Cambios del paciente durante la fase de trabajo fraterno	
Al inicio de la fase de trabajo fraterno	**Al final de la fase de trabajo fraterno**
No hay aceptación hacia su hermana. Se rechazan sus propuestas	Mayor aceptación hacia su hermana: se aceptan sus propuestas de juego, ideas y conocimientos

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

No podía ponerse de acuerdo con su hermana para iniciar un juego. La terapeuta tenía que intervenir para que se organizaran y comenzaran a jugar	Los niños propusieron sus ideas, discutieron y tomaron acuerdos para iniciar el juego o actividad
No podía compartir espacios o actividades con su hermana	Compartieron el espacio terapéutico, los materiales que había, los juegos y existía la fantasía de que cuando fueran grandes, trabajarían juntos pero haciendo cosas diferentes y complementarias
Expresaba su enojo mediante golpes, insultos. Las expresiones positivas hacia su hermana eran mínimas	Expresó su afecto a través de abrazos y besos. E se mostró amable con su hermana y procuró su comodidad
Destruye los espacios o pertenencias de su hermana	Ayudó a construir espacios en los que pudo convivir y compartir con su hermana. En dicho espacio hubo muestras de amabilidad, apoyo y cooperación
E se sentía solo	Encontró en su hermana a una compañera de juego con la que pudo convivir y compartir. La relación entre ellos era más cercana y afectiva
Cambios del paciente durante la fase de Juego Filial	
Al inicio de la fase Juego Filial	**Al final de la fase de Juego Filial**
Consideraba que a su mamá le costaba trabajo entender y satisfacer sus necesidades	**E** se percató que su madre se esforzaba por entenderlo mejor; se mostró sorprendido, curioso y satisfecho por los comentarios que hizo su mamá con respecto a lo que ella creía que sus hijos estaban reflejando en el juego. Es muy posible que el darse cuenta de ello le haya hecho sentirse comprendido y valorado por su mamá
Tenía la percepción de que podía ser lastimado o agredido por quienes lo rodeaban	El niño le mostró a su mamá que estaba lastimado (metafóricamente) y le pidió ayuda para sentirse mejor. Asimismo, aceptó la ayuda de su hermana para recuperar su alegría. Ambos eventos le permitieron percibir que a su alrededor hay personas que lo quieren y que están dispuestas a ayudarle
Agredía constantemente a su hermana porque consideraba que ella tenía mayor atención y cariño de su madre	Con el juego mostró una forma diferente para expresar y manejar el enojo, de tal manera que lo hizo explotar sin lastimar a sus seres queridos Entre los hermanos hubo expresiones físicas y verbales de respeto, comprensión, afecto, cuidado, y protección

Cambios en la mamá al término de la fase de Juego Filial	
Antes de la fase Juego Filial	**Al final de la fase de Juego Filial**
Dificultad para percatarse de las necesidades de los niños	La mamá pudo darse mayor cuenta de los sentimientos que expresaron sus hijos durante el juego: enojo, alegría y deseos de destrucción (habilidad receptiva y escucha empática)
Reportaba que E era un niño muy enojón, agresivo, descuidado y desordenado. Al parecer solo podía ver los aspectos negativos de su hijo	La señora mostró mayor apertura hacia las características positivas de E; y sugirió hacer uso de la felicidad de su hija para ayudar al niño a encontrar el alivio y sentirse mejor
Manifestaba no poder ayudar a sus hijos debido a que creía que carecía de habilidades para ayudarlos	• La mamá usó de manera intencional dos habilidades de la Terapia de Juego Filial que al principio le eran difíciles de aplicar: la habilidad de estructuración y la habilidad para poner límites, sin hacer uso de castigos o consecuencias desagradables • La señora mostró mayor habilidad para responder a las necesidades y demandas de afecto de sus hijos
Criticaba y limitaba constantemente a sus hijos	Disminuyeron las críticas y juicios de la madre hacia el trabajo o expresiones de sus hijos. En vez de ello, la madre pudo poner a un lado sus propios valores o necesidades, mostrándose más abierta y tolerante hacia la forma de ser y a las expresiones verbales de sus hijos. Esto le permitió investigar más acerca de lo que los niños querían decirle a través del juego
En una entrevista la madre comentó que se sentía como una niña, pues en varias ocasiones se ponía al tú por tú con los niños, como una manera de controlarlos	Hubo una diferenciación entre la madre y sus hijos. Mediante la Terapia de Juego Filial la señora recuperó su lugar como madre para poder establecer límites con sus hijos
Cambios en la familia al término de la fase de Juego Filial	
Antes de la Fase Juego Filial	**Al final de la fase de Juego Filial**
"La familia tenía dificultades para relacionarse y comunicarse, pues no sabían como decir las cosas, tenían dificultades para organizarse y no disfrutaban de una actividad en común."	"M, su hermana y su mamá disfrutaron del espacio de juego, de las conversaciones, de los recuerdos, así como de los trabajos que realizaron en conjunto. Los tres expresaron sentimientos de aprecio mutuo y satisfacción por estar juntos."

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

REFERENCIAS

Assoun, P. (2000*). Lecciones psicoanalíticas sobre hermanos y hermanas*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Axline, V. (1975*). Terapia de Juego*. México: Diana.

Bailey, C. (Ed.)(2000). *Children in therapy. Using the family as a resource*. EUA: Norton & Company.

Bailey, E. & Ford, S. (2000). Involving parents in children's therapy. En Bailey, C. (Ed.) *Children in therapy. Using the family as a Resource*.EUA: W.W. Norton & Company. 475-501.

Bank, S. & Kahn, M. (1998). *El vínculo fraterno*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Beckloff, D. (1997) Filial therapy with children with spectrum pervasive developmental disorders. *Dissertation Abstracts International, 58* (11), 6224B. (UMI no. 9816128)

Bratton, S. & Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy, 4* (1), 61-80.

Briemeister, J. & Schaefer, C. (1989) *Handbook of parent training. Parents as co-therapists for childrens behavior problem*. EUA: Wiley, pp 1-22.

Briesmeister, J. & Schaefer, C. (1989). *Handbook of parent training. Parents as co-therapists for childrens's behavior problem*. EUA.: Wiley, pp. 1-21

Campos R. (2006) Terapia de Juego Filial: intervención paterna en la atención psicológica del niño. Manuscrito no publicado. México: Universidad Autónoma de Yucatán. Facultad de Psicología.

Chau, I. & Landreth, G. (1997) Filial therapy with Chinese parents: Effects on parental empathic interactions, parental acceptance of child, and parental stress. International Journal Play Therapy, 6 (2), 75-92.

Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (2006) *Informe de labores* (2005*)*. Manuscrito no publicado. Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro".

Costas, M. & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, *8* (1), 43-66.

Cuevas, J. (1992). Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología. *Revista cubana de psicología. 19* (1).

Cummings, E. & Davies, P. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford

Dunn & Kendrick (1982). *Hermanos y hermanas. Amor, envidia y comprensión*. Madrid: Alianza.

Emery, R. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin. 92*, 310-330.

Fauber R. & Long, N. (1991) Children in context: the role of the family in child psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology. 59,* 6, 813-820.

Finchman, F. (1998). Child development and marital relations. *Child development. 69*, 543-547.

Freud, S. (1955). The analysis of a phobia in a 5-year-old boy. En Briemeister, J. & Schaefer, C. (1989) *Introduction. Handbook of parent training. Parents as co-therapists for childrens behavior problem*. EUA: Wiley.

Gil, E. (2006). Terapia de juego familiar: "El oso de las uñas cortas". En Scheafer, C. (2006) *Fundamentos de Terapia de Juego*, México: El Manual Moderno.

Gil, E. & Sobol, B. (2000) Involucrando a las familias en el juego terapéutico. En Bailey, C. (2000). *Children in therapy. Using the family as a resource*. EUA: Bailey.

Ginsberg, B. (2006). *The filial program: Fostering improved closeness and parenting skill in father child relationships through play*. Disponible en: http//www.nccanch.acf.hhs.gov/profess/conferences/cbconferences/fourteenth/presentations/handouts/ginsbergtwo.pdf

Griff, M. (2000). Terapia de Juego familiar. En Schaeffer, E. & O'Connor, K. (Eds.). *Manual de Terapia de Juego.* (Vol.1 pp 59-69). México: El Manual Moderno.

Guerney, B. (1964). Filial Therapy: Description and rationale. *Journal of Counseling and Psychology*, 28(4), 304-310.

Guerney, B. Jr. & Stover, L. (1971). *Filial therapy: final report on MH18264-01*. Unpublished manuscript. PA: Pennsylvania State University, University Park.

Guerney, B. G. & Stover, L. (1971) *Filial therapy: Final Report on NH 1826401* (monograph), State College, PA.: Pennsylvania State University.

Guerney, B., Stollak, G. & Guerney, L. (1970). A format for a new model of psychological practice: Or, how to escapea zombie. *The counseling psychologist. 2* (2), 97-104.

Guerney, B., Stollak, G. & Guerney, L. (1971). The practicing psychologist as educator. An alternative to the medical practitioner model. *Profesional Psychology. 2*, (3), 276-282.

Guerney, L. (2000). Filial therapy into the 21st century. *International Journal of Play Therapy. 9*, (2), 1-17.

Guerney, L. (2006). Terapia de Juego Filial. En Schaefer, C. (Eds.) *Fundamentos de Terapia de juego*. México: El Manual Moderno

Harris, Z. & Landreth, G. (1995) .Filial therapy with incarcerated mothers: A five-week model. *International Journal of Play Therapy, 6* (2), 53-73.

Johnson, L., Bruhn, R., Winek, J., Krepps, J. & Wiley, K. (April 1999) *The use of child-centered play therapy and filial therapy with Head Start families. A Brief Report. Journal of marital and family therapy*. Disponible en: http//www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3658/is_199904/ai_n8848742/pg_8

Johnson-Clark, K. (1996). The effect of filial therapy on child conduct behavior problems and the quality of the parent-child relationship. *Dissertation Abstracts international, 57* (4), 2868. (UMI No. 9626460).

Kale, A. & Landreth, G. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy, 8* (2), 35-56.

Klein, M. (1974). *Principios de análisis infantil*. Buenos Aires: Horme.

Knell, S. (2006). Terapia de Juego Cognitivo-Conductual. En Scheafer, C. (Eds.) *Fundamentos de Terapia de Juego*, México: El Manual Moderno

Landreth, G. L. (1991). *Filial therapy: child-parent relationship training using play therapy skills (CPR for parents)* EUA.: Accelerated/developmental. Pp335-352

Landreth, G. & Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: effects on parental acceptance of child, parental stress and child Adjustment. *Journal of counseling and Development, 16* 157-165. Disponible en: http://www.coe.unt.edu/cpt/DrLandrethArticles/Filial.htm

Landreth, G. & Lobaugh, A. (1995). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling an Development, 76,* 157-165.

Landreth, L. G. (1991). Filial Therapy: child-parent relationship training using play therapy skills (CPR for parents). En Landreth, L.G. (Eds.) *Play Therapy. The art of the relationship*. EUA: Accelerated/developmental.

Landreth, L. (Ed.) (1991). *Play Therapy. The art of the relationship*. EUA:Accelerated/developmental.

López, L. (2003). *El juego en el niño de edad preescolar*. Tesina de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Montalvo, B. & Haley, J. (1973). In defense of child therapy. *Family Proces 12*, 227-244.

Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationships*. New York: Harper & Raw.

Plomin, R. & Ruter, M. (1998). Child development, molecular genetics and what to do with genes once they are found. *Child Development. 69*, 1223-1242.

Porter, B. (1954). Measurement of parental acceptance of children. *Journal of home Economics, 46*, 176-182.

Programa de Maestría en Psicología (2000). *Residencia en Psicoterapia Infantil*. Folleto informativo del Posgrado. México: UNAM.

Reddy, L., Files, H. & Schaefer, C. (2005). *Empitically based play interventions for children*. EUA: APA.

Rennie, R. & Landreth, G. (2000). Effects of filial therapy on parent and child behaviours. *International Journal of Play Therapy, 10* (1), 85-108.

Rogers, C. (1991). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. México: Paidós.

Ryan, V. (2005). Filial therapy: Helping children and new carers form secure attachment relationships. *British Journal of Social Work*. doi:10.1093/bjsw/bch331

Sanson, A. & Rothbart, M. (1995). Child temperament and parenting. En Bornstein, M. M. (Ed.) *Handbook of parent, Vol. 4. Applied an practical parenting*. 299-321. Mahwah, NJ: Laurence Eribaum.

Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax.

Scheafer, C. (Ed.) (2006). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: El Manual Moderno.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Smith, N. (2000). *A comparative analysis of intensive filial therapy with intensive individual play therapy and intensive sibling group play therapy with child witnesses of domestic violence*. Unpublished doctoral dissertation. Denton, TX.: University of North Texas.

Stinnott, N. & DeFrain, J. (1985). *Secrets of strong families*. New York: Berkley Books.

Sweeney, D. & Landreth, G (2006). Terapia de Juego Centrada en el Niño. En Scheafer, C. (Ed.) (2006). *Fundamentos de Terapia de Juego*, México: El Manual Moderno.

Tew, K. (1997). The efficacy of filial therapy with families with chronically ill children. *Dissertation Abstracts International, 58* (3), 754A. (UMI no. 9727806).

Van Fleet, R., Ryan, S. & Smith, K. (2005). Filial therapy: a critical review. En Reddy, L., Files-Hall, T. & Shaefer, C. *Empirically based play interventions for children*. EUA.:APA.

VanFleet, R. (2000). Terapia de Juego Filial. Manual para padres. Construyendo familias fuertes mediante el juego. Traducción de *A parent's handbook of filial play therapy*, Boling springs, PA: Play Therapy Press.

Velázquez, V. P (2002). *El jugar como medio terapéutico: Una mirada práctica a un mundo teórico*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

West, J. (1996) *Terapia de Juego Centrada en el Niño*. México: El Manual Moderno.

Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Hormé.

Winnicott, D. (1993). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.

Este capítulo fue realizado en el centro comunitario Dr. Julián McGregor de la Facultad de Psicología de la UNAM, como parte del programa de Maestría y Doctorado.

CASO 8.
INSTITUCIONALIZACIÓN POR MALTRATO Y ABUSO

"Latoserías, travesuradas y enojismo"

María Cristina Pérez Agüero
Psicoterapeuta Infantil
Facultad de Psicología, UNAM

Se presenta el caso de Teo, un niño atendido en un albergue de protección a los niños por haber sido víctima de maltrato físico por parte de su madre y ser violado por su padrastro. Se abordó brevemente el caso en 12 sesiones de Terapia de Juego con un enfoque integrativo o normativo, en el que se fueron adaptando diferentes técnicas para el caso en particular. Como logros terapéuticos se obtuvieron la disminución de la culpa derivada del abuso sexual y violación de los que fue objeto desde los dos y hasta los cinco años de edad, la mejoría del concepto de sí mismo así, como el establecimiento de la confianza con un adulto.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Teobaldo, Teo como le gusta que le llamen, es un niño de 7 años que al momento de su derivación a atención psicoterapéutica se encontraba en una institución de protección a la infancia.

Es un niño delgado, que aparenta una edad menor a la cronológica. En su cara y brazos son evidentes diversas cicatrices producto del maltrato al que fue sometido durante varios años; la más notoria es una marca en su ceja izquierda de aproximadamente 5 cm de largo, sobre ésta dice "me pegó él con un palo" refiriéndose a su padrastro. Sus ojeras son profundas y muy marcadas, aunque refiere no tener problemas para dormir.

A pesar de la tristeza que denota, Teo es un niño con un brillo especial en la mirada, que inspira mucha ternura.

MOTIVO DE CONSULTA

Teo fue canalizado por el Departamento de Psicología del albergue en el que se encontraba debido a que desde su ingreso, las personas encargadas de su cuidado ,lo veían muy afectado por el abuso sexual constante y brutal por parte de su padrastro, además del maltrato físico que le propino su madre desde los dos años de edad. Aunque se ha adaptado rápidamente al albergue y a las actividades del mismo, los encargados de éste temen que pueda mostrar con sus compañeros la misma conducta violenta de la que ha sido objeto. Entre los síntomas que los cuidadores reportan se encuentran la hiperactividad, dificultades para concentrarse, aislamiento, deficiente control de impulsos, ausencia de límites agresión con compañeros y adultos, inseguridad, miedo, soledad, culpa, aplanamiento afectivo y retraimiento.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Al indagar con Teo si sabía el motivo por el cual era enviado a atención psicológica, dijo "me mandaron porque me gusta estar con las psicólogas, porque son tan buenas, porque no quiero regresar a mi casa, porque mi padrastro y mi mamá son malos, quiero estar aquí o mejor con mi papá o con mi abuelito que son bonitos" (*sic)*.

HISTORIA DE DESARROLLO DEL NIÑO

Dado que es un menor institucionalizado poco se sabe de los datos del desarrollo; lo que se conoce es que Teo se encuentra bajo protección del Estado, por los delitos de violencia familiar y violación cometidos en su contra. Según la averiguación previa, antes de ser ingresado a la institución, Teo vivía con unos tíos quienes habían iniciado el procedimiento legal de adopción, pero sin causa aparente desistieron y pusieron al niño a disposición de las autoridades para que lo colocaran en un lugar donde se le pueda brindar la atención y los cuidados necesarios para su edad.

Ante el Ministerio Público la declaración del niño fue la siguiente: "Carla me pegó con un palo, también me quemaba con la cuchara caliente y Emiliano me metía el dedo en la cola adentro del hoyo" (*sic)*. Los episodios de violación descritos en el expediente se relatan de la siguiente manera: "Emiliano entraba en la noche a mi cuarto donde dormía con mi hermana Sandra, me llevaba al baño, me acostaba boca abajo y me metía y sacaba el dedo en mi colita…muchas veces, me decía que no dijera nada porque me iba a matar a mí y a mi hermana" (*sic)*.

Al ingresar a la institución, Teo refiere haber cursado el primer año de primaria; en su evaluación inicial se anota que el menor sabe leer y escribir pero con dificultad. Además al ingreso se reporta que el menor es "tartamudo" (*sic)*, lo que no se observa en la sesión inicial de psicoterapia pues su lenguaje es fluido; sin embargo, se pudo observar que al tener que interactuar con el personal del sexo masculino, la tartamudez aparece, y se presenta también cuando se habla del abuso o de la familia.

En la sesión inicial, al preguntarle el motivo de su estadía en el albergue, Teo dice sin expresión de afecto evidente y a manera de letanía: "Por violación y maltrato. Mi padrastro me violaba y mi madre me pegaba... Unos policías me trajeron" (*sic)*.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Además de la primera sesión en psicoterapia, fue necesario observar a Teo en sus actividades cotidianas, tanto en las sesiones de psicopedagogía, su hora de juego libre, como durante el tiempo en el que estaba en el comedor.

De estas observaciones, se concluyó que Teo manifestaba algunos indicadores comunes a los niños que han sido víctimas de maltrato físico y abuso sexual (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005; Kempe & Kempe, 1996; Simón, López & Linaza, 2000) como dificultades en atención y concentración, bajo rendimiento escolar, poca energía, baja autoestima y culpa relacionada con el abuso sexual; síntomas que se asocian con ansiedad y depresión. En todos los escenarios Teo manifestaba constantemente que era un **tonto** que no podía hacer nada bien, lo que al mismo tiempo propiciaba que su desempeño fuera inferior al de los demás y provocara que los cuidadores le llamaran la atención, lo que incidía de nueva cuenta en su ya baja autoestima y en su mundo interior, confirmando lo que pensaba de sí mismo.

Por otro lado, para el niño Carla y Emiliano representaban figuras amenazantes, hacia los cuales manifestaba un profundo rechazo, el cual se hacía patente dentro de la institución cuando tenía que interactuar con personas del sexo masculino con quienes tenía graves dificultades para relacionarse, pues cualquier actitud que él percibía como dominante o agresiva le hacía recordar a su agresor, lo que puede relacionarse con la presencia de EPT asociado a la vivencia del abuso sexual recurrente (Dubner & Motta, 1999; Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Dado el proceso de institucionalización y las características de violencia que había sufrido Teo, se pensó en llevar un proceso individual con 12 sesiones de terapia de juego integrativa o normativa (Schaefer, 2005) debido a que se pretendía adecuar las intervenciones psicológicas a la situación particular de Teo. Específicamente se utilizó el juego libre, actividades de juego dirigido, además de técnicas Gestalt y psicocorporales.

Atendiendo a autores como Ater (2002), Buchelli (1999), Cantón y Cortés (1999), Connors y Schames (1999), De Luca, Grayston y Romano (1999), Homeyer (2001) y Mc Mahon (1992), la Terapia de Juego es útil en el tratamiento de niños víctimas de maltrato físico y abuso sexual, por lo que se decidió que este tipo de tratamiento sería útil para que Teo pudiera expresar sus sentimientos relacionados con el abuso y el maltrato sufrido. Esta sugerencia se hizo a partir del estudio de dicha modalidad terapéutica, la cual ha demostrado su efectividad en el campo del tratamiento de los trastornos infantiles, ya que está basada en el hecho de que el juego es el medio natural de expresión del niño, es espontáneo, disfrutable, voluntario y no tiene metas específicas (Landreth, 1991); el juego es la primera forma en la que los niños aprenden acerca del mundo, entienden cómo suceden las cosas, se expresan, desarrollan habilidades físicas, mentales y sociales y se vuelve terapéutico a medida que se crea una atmósfera segura en la cual los niños pueden expresarse, hacer cosas nuevas, aprender más acerca del mundo y de las restricciones que éste impone, además de trabajar sobre sus problemas (Van Fleet, 2000).

Mann y McDermott (1988), proponen que a pesar de que cada niño tiene sus formas para enfrentar un ambiente de maltrato, es necesario definir y tratar áreas comunes de trauma psicológico, entre las que se encuentran: el temor al ataque físico o abandono, que conduce a la depresión y ansiedad; el fracaso para cumplir las expectativas distorsionadas de los padres, conduciendo a relaciones objetales defectuosas, a la internalización de una autoimagen de niño malo con baja autoestima y a tener dificultades para lograr la separación y la autonomía; por lo que puede ser un niño escindido, totalmente bueno o totalmente malo.

Aunado a los múltiples rechazos, la institucionalización prolonga y aumenta la ansiedad de separación, y la ambivalencia sobre el apego a los cuidadores adultos. La Terapia de Juego permite a los niños el dominio de las múltiples tensiones del maltrato y la negligencia, ayudando a prevenir o corregir desviaciones sociales futuras.

OBJETIVOS Y METAS

A pesar de que las necesidades de la institución iban encaminadas a que se le establecieran límites e incluso se trabajara con los posibles síntomas de TDA-H, los síntomas relacionados con el maltrato físico y el abuso sexual estaban afectando todas sus áreas de desarrollo, especialmente la emocional por lo que se decidió ofrecer este tratamiento a corto plazo para priorizar el trabajo con su baja autoestima así como con la depresión y la ansiedad, derivadas de la situación abusiva en su contra. Más adelante, a petición de las autoridades de la institución, fue necesario incluir en los objetivos de la terapia la preparación para la institucionalización definitiva.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Sesión inicial

Cuando la terapeuta acudió por primera vez al salón de clases de Teo para llevarlo a la sala de juegos, de inmediato se dirigió a ella y le dio la mano. Entró, se sentó rápidamente, y aunque parecía un poco tímido, se mostró cooperador y con iniciativa para jugar.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Transcurridos unos minutos le preguntó a la psicóloga si quería saber lo que le habían hecho, ella respondió que sólo si él deseaba contarlo; mostró una sonrisa y comenzó a explorar el material de juego. Después dijo, sin mostrar afecto alguno, que estaba en el albergue "por violación y maltrato" (*sic)*; desvió la mirada hacia el piso y comenzó a balancearse, sin embargo no dejaba de hablar "…es que mis padres… yo tuve un problema. Mis padres se pelearon con mi padrastro y por eso me trajeron aquí" (los ojos se le llenaron de lágrimas). Ante la angustia evidente de Teo, se le preguntó si ya había visto los juguetes que había en el cuarto, a lo que respondió que sí; entonces se le invitó a ver lo que había y se le preguntó si quería jugar con algo. Inmediatamente señaló los títeres, se asomó un conejo y dijo "me gustaría ser una ballena, porque son bonitas" (*sic)*, luego preguntó "¿qué es eso?" *(sic)*. Al percatarse de que era una casa para armar, expresó que quería jugar con ella; tomó la caja y la puso en la mesa. Comenzó a copiar un modelo impreso en la caja, sin embargo mostró grandes dificultades para hacerlo, por lo que se angustió. Repetía constantemente que no iba a poder armarla y que era muy difícil. El espacio de la mesa resultaba insuficiente lo que impedía que pudiera construir la casa; se le propuso quitar la mesa y acomodarse en el piso; él aceptó pero aparentemente no escuchó cuando fue invitado a sentarse en el piso con la terapeuta y se quedó sentado en su silla.

Con todas las piezas fuera, siguió intentando armar la casa del techo para abajo, lo que ocasionó que no pudiera armarla. Aunque cambiaba constantemente las piezas, no logró ensamblarlas correctamente. Mientras jugaba preguntó a la psicóloga "¿siempre te gusta jugar con niños?"(*sic)*, ella le contestó que sí y le dijo que a él también. Al preguntarle porqué lo decía respondió, "porque me gusta" (*sic)*. Hablaron de cómo se sentía en el albergue, y contestó que bien, "padre…padrísimo, porque me cuidan y me dan de comer… donde estaba antes era feo porque ahí me pegaban… lloraba y me pegaban con un palo" (*sic)*. Mientras hablaba seguía armando la casa, pero las piezas se le caían constantemente y decía "soy un tonto, nunca la voy a poder armar" *(sic)*, por lo que se le preguntó "¿qué crees que puedas hacer para que no se caiga?", ante lo cual sólo miró a la terapeuta y se quedó callado, continuando con los detalles de su casa. En ese momento tomó un muñeco, lo echó por la resbaladilla y dijo "se cayó de pompas…se murió porque se cayó de cabeza" (*sic)*. En ese momento expresó que ya se había cansado de jugar eso y que mejor cambiaría de juego. Mientras guardaban juntos las piezas dijo "me gusta estar con las psicólogas…porque son tan buenas" *(sic)*. Luego ella le preguntó "¿qué va a pasar cuando salgas de aquí?", "ya no voy a regresar con mi familia… voy al otro lado de la calle… con nadie… voy a ir con mi papá y abuelo… es que yo fui violado" –quieres platicar sobre esto- se le dijo- … por mi padrastro cuando era chiquito, desde que tenía dos años, me lo hacía…sólo en las noches me lo hacía, mi mamá no sabía" (*sic)*. Después de esta declaración, cambió el tema; "¿puedo jugar con los peluches? Tomó diferentes títeres, "una brujita, que chistosa, no tiene pies… una calaca, si le dices una grosería te lleva tu alma" (*sic)*. Mientras manipulaba estos títeres dijo "cuando la mate a ella, a Carla (como nombra a su mamá), Emiliano me dijo que me iba a sacar de aquí" (*sic)*; después sacó al diablo pero lo guardó porque le daba miedo. Luego sacó un gusano y cantó una canción "nadie me quiere, todos me odian, mejor me como un gusanito…" (*sic)* comentó que esa canción le gustaba porque era como él, sin embargo no deseó ahondar más al respecto. Siguió jugando con diferentes títeres hasta que tomó un cocodrilo con el que comenzó a asustar a los animales; se comió a la osa y al perro, ya que dijo que era malo; por lo que propuso hacer un hechizo para que fueran amigos y para revivir a los animales; no obstante, el títere cocodrilo se volvió a comer a los animales por lo que expresó "perdón a todos es que así soy, pero ahora sí ya voy a ser amigo" (*sic)*. Expresó que ya se había cansado y empezó a guardar los muñecos; mientras lo hacía le dijo a la psicóloga mientras reía : "tú crees… el sábado pasado llegó una niña de cuatro años y otro niño le preguntó si quería violar a su mamá y ella dijo que sí" *(sic)*. Le preguntó que si creía que una niña de cuatro años entendía lo que significaba la palabra violar y respondió que no; la psicóloga le preguntó que si él lo sabía y dijo que era algo cochino (*sic)*. Ella le explicó que era algo que afectaba su cuerpo y sus sentimientos, pero él podía hacer y decir muchas cosas aquí (el espacio terapéutico) para que eso le doliera menos y pudiera sentirse mejor; comentario que lo hizo sonreír ampliamente. La sesión terminó y Teo se despidió con un abrazo "hasta el lunes" dijo.

En esta primera sesión, Teo aportó material diverso respecto a su ansiedad ante la situación por la que atravesaba; si bien verbalmente manifestó sentirse tranquilo en un lugar en el cual se siente protegido, en su juego predominó la ansiedad y el temor a ser lastimado, así como sus sentimientos de inadecuación e inutilidad para construir algo, además de expresar no sentirse querido. Verbalizó la situación de la violación, al parecer sin afecto alguno, lo cual puede deberse a que ha tenido que repetir esta información en innumerables ocasiones por el proceso legal que se sigue en contra de su padrastro, lo cual es esperado en este tipo de procedimientos. Vincula la violación con algo sucio y malo, como un problema que se debe a él y por lo cual se encuentra en una institución. A pesar de los múltiples y evidentes síntomas que presenta, se identificaron puntos de fortaleza en el menor, entre ellos la confianza en un adulto que hasta ese momento le era desconocido. Es importante señalar que en esta primera sesión no hubo demasiadas intervenciones de la terapeuta ya que se esperaba que el menor se sintiera libre de hablar de lo que él quisiera sin sentirse presionado; aparentemente Teo se sintió escuchado y comprendido, con la libertad parar decir únicamente lo que él quisiera sin sentirse amenazado o invadido; esto hizo que se sintiera seguro y protegido, además de que se generó una relativa confianza en la terapeuta.

Sesiones intermedias

El horario de las actividades de Teo cambió, por esa razón la terapeuta iba por él a sus clases de educación física. El niño se mostraba feliz y gustoso de ir a sus sesiones de terapia; en la mayoría de las ocasiones se dirigió hacia el cuarto de juegos y al entrar inmediatamente se sentaba.

En una de las sesiones comentó al iniciar "qué crees, Maribel me dijo: Teo quieres ser mi novio, y yo le dije que sí" (*sic)*. Al preguntarle cómo se había sentido con eso dijo "casi bien, porque ella luego me da lata… me pega y luego ella no se aguanta" (*sic)*. Después preguntó "será cierto que si te portas mal viene la bruja y te chupa la sangre… yo ya no tengo sangre en mi corazón…", le pregunté quién le había dicho eso y me dijo "mi mamá Claudia (su tía)… pero sí tengo sangre" y me sonrió. De inmediato se paró y eligió los bloques para armar "voy a hacer un robot, va a quedar muy grande" (*sic)*. Aunque unió las piezas no logró armar la figura que deseaba, al notarlo dijo "se me destruye a cada rato… no sé qué hacer para que no se destruya… a lo mejor no está bien armado" (*sic)*. Después de decir esto logró armarlo. Le agregó más piezas "esto es para volar… lo voy a hacer más grande para que vuele alto" (*sic)* y al hacer que volara, se le cayó y se rompió, por lo que expresó "se rompió" (*sic)* miró a la terapeuta y sonrió. Después volvió a armar su robot y simuló que éste volaba "hacia Iztapalapa… porque era necesario volar ahí" (cabe señalar que en ese lugar viven sus tíos). Mientras volaba se cayó de nuevo, "se cayó, se rompió…" agachó la vista y dijo "¿cuándo se va a dejar de caer?" (*sic)*. ¿Tú cuando crees que se deje de caer?, ante esta pregunta se quedó callado y sólo miró a la psicóloga, entonces ella le preguntó ¿Cómo se llama tu robot que se cae? "se llama robot automático Carlitos… si lo espantas o lo atacas te puede agarrar a atacadas pero no, si juegas con él" (*sic)*. En este momento, mediante su juego, Teo demostraba su forma de interactuar con los demás, pues al sentirse atacado o presionado él reacciona con agresividad.

Luego hizo dos figuras "me gusta más el bueno que el malo… porque puede atacar más que el malo… casi somos amigos pero ahora ya no", al estar luchando se cae el bueno y dice "se levanta cuando se cae… cuando se cae siento feo, siento que se destruye… ¿en dónde sientes feo?... que mi corazón ya no late… pobrecito de mi robot algún día va a funcionar" (*sic)*.

Le recordó a la terapeuta que habían quedado en jugar un juego de mesa la vez pasada, por lo que ella le comentó que lo tomara para hacerlo. Este juego permitió preparar el cierre de la sesión, mientras jugaban y él ganaba decía "bien… me gusta venir aquí… los lunes ¿verdad?".

En esta sesión nuevamente se hizo evidente su necesidad de rearmar o hacer juegos en los que se involucrara la construcción de algo, no obstante a pesar de sus esfuerzos no logró mantener nada armado. Al mismo tiempo surgieron los pensamientos de destrucción que incluso dirigía hacía sí mismo por la culpa que experimenta debido a su situación o bien, por sus sentimientos de inadecuación ante el medio.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Otro tema importante fue la sensación de que su corazón ya no latía, lo que inconscientemente puede representar la sensación de estar muerto en vida por lo lastimado que se ha sentido. Como recursos positivos están su capacidad para advertir que se siente invadido o atacado así como el deseo de ir a un ambiente más adecuado, como la casa de sus tíos. Aunque se intentó retomar el tema del abuso, en esta sesión Teo prefirió no hablar de ello y así lo verbalizó. Las señales de tartamudez fueron más evidentes (casi únicas) cuando se habló del abuso o la familia, por lo que se pensó que esta dificultad no se deriva de algún problema del lenguaje, sino que se trata de un síntoma de la ansiedad que el niño experimenta. Es importante señalar que si bien el menor había adquirido cierta confianza, no se mostraba tan abierto, lo que pudo ser normal al estar frente a un adulto casi desconocido; debido a ello mostró un grado de alerta, al cual es posible considerar como un comportamiento adaptativo del menor debido a las experiencias traumáticas vividas con sus cuidadores primarios.

Conforme avanzaron las sesiones, se consideró pertinente cambiar el juego libre por actividades dirigidas y no tan libres, con la intención de brindarle estructura a Teo y al mismo tiempo facilitarle situaciones en las que pudiera sentir el control de su conducta y percibir que logra hacer cosas por sí mismo. En una de las sesiones se eligió hacer una pintura; desde el comienzo fue participativo y sólo tomó los materiales que iba a ocupar durante la sesión.

Llama la atención cómo al estar abriendo los frascos de pintura, se ensució las manos y de inmediato quería limpiarse, mostrando cierta incomodidad (sin embargo, no abandonó la actividad). Cuando se pintó dijo: "es que así soy… me pinto las manos… soy descuidado" (*sic)*, denotando nuevamente el pobre concepto que tiene de sí mismo. Le preocupaba el material, no le gustaba ensuciar la mesa o mancharse. Al preguntarle por qué no le gustaba ensuciarse dijo "no quiero que se ensucie… no me gusta ensuciar… porque no… para que al final no le cueste trabajo". En este momento su discurso se desorganizó, y comenzó a hablar de un niño que llegó el día anterior "son maternales… vivían en la calle". Inició pintando un sol, las nubes y luego dijo "…éstas son las raíces", marcando muy fuerte con el pincel.

Retomó el tema de las "latoserías", al decirle que podía contar si quería, dijo "es que hay unos amigos bien chiquitos que me ayudan a hacer mis "latoserías" *(sic)*. La psicóloga le preguntó si eran los de preescolar y se rió, miró y dijo "ves esas hormiguitas me ayudan" (*sic).*

Volvió a mancharse las manos y a limpiarse, e incluso al caerse una gota en la mesa dejó de realizar la actividad para limpiarla. Por un momento el enfoque estuvo en esa actividad ya que es algo que le angustió mucho, luego dijo que el agua estaba muy sucia e insistió en cambiarla por agua limpia; ante esta insistencia la terapeuta cedió pues imaginó que la percepción de las cosas sucias de alguna manera se vincula con su sensación corporal al haber sido abusado.

Cuando regresó con el agua limpia, le preguntó: "¿porqué no te gusta que las cosas se ensucien?" Él respondió "porque eso es malo… porque a mí no me gusta y para que no le cueste trabajo, además es bueno que le ayuden a uno"(*sic).* La psicóloga le hizo saber que él tenía razón, además era bueno intentar deshacerse de aquello que a las personas les molesta, así como agradarle el ayudar a las personas.

Continuó dibujando y dijo "sabe, que yo fui adoptado… mi novia se va el jueves, se va con su mamá, sólo le falta un papel… lo bueno es que se va con su familia, porque la veía muy triste" *(sic).* Después de un momento en silencio se le preguntó "¿cómo es eso de que fuiste adoptado…?". agachó la cabeza y dijo "porque yo fui adoptado, porque me violaban (comienza a marcar el tronco de su dibujo más fuerte)… ya voy a acabar… ya acabé, estas son las nubes el sol y el árbol" *(sic).* En este momento la actitud de Teo cambió radicalmente; al intentar retomar el dibujo, sólo dijo "se siente feliz… bonito" (*sic).* Pero fue evidente que le costaba trabajo concentrarse y sólo veía el dibujo, al final dijo es "mi padrastro" (*sic)* (ver figura C8-1). En el dibujo es evidente el adecuado uso del color y de las formas, sin embargo la percepción de un padrastro extremadamente grande violenta todo a su alrededor, por lo que éste se pierde con el resto de las formas; el árbol también puede ser él mismo, pues se siente atrapado en el ambiente. Después de esto, expresó que ya no quería dibujar y cambió de actividad. Después mientras manipulaba unos títeres dijo "sí me violaba… es que yo me portaba

bien y mi papá me violaba" (*sic)*, en ese momento empezó a hablar más fuerte, casi lloraba y gritaba, se agachó y miró al suelo, se tranquilizó un poco, pero después gritó angustiado "sí me violaba… de veras que sí" (*sic)*. Ante esta reacción la terapeuta le dijo que ella sí creía lo que le había pasado, por lo que levantó la cara, la miró, sonrió y dijo "está bien" (*sic)*.

Figura C8-1. Mi padrastro.

Al final de esta sesión se dirigió al baño para lavar sus pinceles, lugar en el que ha comentado hace sus "travesuradas" –mismas de las que no ha querido hablar de manera específica. Al estar ahí le pregunta a la psicóloga si ve a las hormigas que le ayudan, "mira ahí hay una la ves" (*sic)*. Al no ver nada ella le dice que no, le pregunta en dónde están y él sólo responde "en el piso, va caminando". Cuando se le preguntó sobre las travesuras que hace, nuevamente dijo que era un secreto. En sesiones posteriores habló de sus travesuras de manera abierta, refirió que eran para hacer enojar a sus cuidadores. Dada su dificultad para relacionarse con sus iguales, recurre a las hormigas, que en su fantasía le ayudan a hacer lo que él desea, lo que le sirve de defensa ante el ambiente de institucionalización en el que se siente señalado y solo.

En una sesión posterior es evidente la marca de una mordida en su mejilla izquierda; al preguntarle sobre ella comenzó a hablar sobre los pleitos en su salón de clase, dijo "pego, porque ellos me molestan… y no quiero que me molesten. Me dicen cosas feas… oye tú por qué me pegas… ni es cierto… si le pegan a alguien yo lo defiendo" (*sic)*. Señaló además que no le gusta que le peguen a los demás y menos que lo molesten. Aprovechando esta parte de la sesión, se le propuso dibujar a su enojo. En un pliego de papel dibujó con gis el color y la forma de su enojo, el cual es rojo. Cuando se le preguntó qué quería hacer con su enojo, dijo que lo quería guardar, pero después lo empezó a aventar y tiró el papel a la basura "porque ya no le quiere hacer daño a nadie" (*sic),* pues además esto lo hacía sentir como alguien malo y como consecuencia no era querido por los demás. Se le habló sobre cómo no es malo enojarse, pero que se debe aprender a tener el control de lo que pasa ya que no siempre es bueno golpear a los demás.

A raíz de este evento, una de las técnicas que se utilizó a lo largo de las sesiones posteriores, fueron los ejercicios de respiración combinando la tensión y la distensión corporal, con los que se le enseñó

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

a tener control de su propio cuerpo y sobre sus emociones. En otra sesión manifestó que "sí le gana el enojismo" (*sic)* hace el ejercicio de la piedra y la gelatina, pues una ocasión se le había hecho el símil de poner sus músculos duros como la piedra y suaves como una gelatina.

En otra de las sesiones Teo eligió dibujar con gises y mientras lo hacía comentaba "todos se burlan de mí" (*sic)*; refirió cómo el hecho de que sus amigos se burlaran de él, lo hacía sentir mal. Siguió dibujando una casa, un regalo para la terapeuta, al que le puso muchos colores. Dijo que en ella habitaba la terapeuta y su familia, y que estaban muy felices. Cuando la terminó en un momento dijo "se está quemando esa casa" (*sic)* al tiempo que rayó con el color negro; al preguntarle qué iba a pasar dijo que no importaba, tomó un crayón naranja y volvió a iluminar el techo "es una casa resistente…porque si se cae para allá, por si cae un remolino y ese se va para acá" *sic*. Al decir esto comenzó a realizar un remolino con un gis; en el trazo se aprecia mucha tensión y enojo. Se le señaló que era un remolino que se veía con mucha furia, a lo que respondió "es un remolino fuerte" *sic*. "Ese está bien furioso -refiriéndose a un remolino más pequeño que pintó- y nunca lo pueden detener… es malo porque los remolinos se llevan las casas… le voy a dibujar unas nubes porque está lloviendo… voy a hacer unos angelitos… para cuidarlos… a la casa" (*sic)*.

En estos momentos Teo manifestó mucha ansiedad, misma que se observó principalmente en la forma en la que comenzó a dibujar. Cuando se le preguntó si se sentía furioso como el remolino contestó: "no, en mi casa sí porque me molestaba mi familia" (*sic)*. Ante la pregunta de porqué uno de los ángeles era malo, el niño contestó "porque ve sus cuernos… va a matar a Dios, pero Dios lo mata a él… Hay una nube buena… que ayuda a Dios" (*sic)*. Una vez terminado su dibujo, se quedó contemplándolo y al preguntarle cuál cosa del dibujo sería él dijo "Usted la angelita… yo éste, el ángel malo… bueno no, la nube de Dios" (*sic)*. Nuevamente se observó la expresión del enojo de Teo, así como su impotencia y frustración al presenciar cómo su hogar había sido destruido. Al mismo tiempo, depositó en la terapeuta las características positivas de ser buena y en él, el sentimiento de ser el malo, de destruir como lo hace el ángel malo y el remolino, pero finalmente se sintió detenido y aniquilado por alguien.

A pesar de que se identificaba como alguien malo, al final intentó colocarse en la nube que ayuda a Dios, por lo que pudo pensarse que comenzó a identificar características positivas en sí mismo y que hay personas que lo pueden cuidar, a pesar de que perciba su ambiente como amenazante y caótico, lleno de remolinos, incendios y personajes malos. Ésta fue la primera sesión en la que logró terminar una actividad y en la que no tuvo que recurrir a hacer una historia con títeres para disminuir su ansiedad.

En esta fase del proceso, Teo comenzó a manifestar más emociones, por lo que se decidió trabajarlas y no únicamente enfocarse en el enojo. Para ello se utilizó el dibujo, para fomentar la asociación de las emociones con los colores y con eventos o personas significativas para él. En este momento del proceso, cuando se le pidió dibujar, eligió pinturas; abrió cada uno de los frascos, pero ya no se preocupó tanto por mancharse las manos ni por no derramar la pintura. La terapeuta brevemente le explicó cuáles eran las emociones básicas (**AMATE: Amor, Miedo, Alegría, Tristeza y Enojo**) y le pidió eligiera un color para el amor para dibujarlo; hizo un corazón "amor es que todos nos queremos… rojos… sí con un corazón" *sic*. Cuando se le pidió que pensara en el miedo dijo "¡ay no! sí que me da miedo porque luego en mi imaginación siento que se me acerca algo… un monstruo… rojo… ah! mejor verde" (*sic)*. Para la alegría eligió el color rosa e hizo una cara feliz, espontáneamente dibujó la amistad también de color rosa. Al hablar del enojo dijo "¡ay no!… el enojo es muy feo… porque sí, si se pone furioso se pone muy feo" (*sic),* aunque lo pintó de negro. A la tristeza la pintó de azul y sólo hizo una forma irregular.

Posteriormente comenzó a asociar estas emociones con los eventos. El amor lo relacionó con la amistad, con las cuidadoras y con la terapeuta, además de recordar a su tío con el que vivió un tiempo. El miedo lo relacionó con "cuando sueñas feo… sueño que un día me van a matar y me va a violar Emiliano", al mencionar esto pidió jugar con el enojo que había hecho en sesiones anteriores. Al preguntarle si tenía miedo de Emiliano, mostró ira en su rostro y dijo "No porque yo me voy a defender… con mis fuerzas y voy a llamar a la policía" (*sic)*. La terapeuta señaló le parecía muy bien

que él pensara así, pues ahora era más grande y podía defenderse, y además ya lo había hecho en una ocasión cuando se lo contó a su tío Manuel. Ante este señalamiento, sólo asintió con la cabeza.

Dado que se le notaba sumamente enojado, se le permitió seguir expresándose; habló acerca de las personas que lo hacían enojar, como las cuidadoras del fin de semana, pero que antes "Lilia…mal porque me pegaba… me mordía en mis manos; Emiliano… porque no me gusta que me toque… siento muy feo; Gabriela… porque me hace de groserías, por ella mi mamá me regaña" (*sic)*.

Una vez más tranquilo, dijo estar triste "cuando regañan a mis amigos… Mi familia, me siento bien feo por ella, porque me da mucha tristeza, porque no los veo" (*sic)*, ésta es la primera vez que abiertamente manifestó lo que siente al estar lejos de su familia. Al hablar de la alegría dijo sentirse así cuando le contaban un chiste, "extraño mucho a Manuel". Mientras hablaba de las emociones y de las situaciones asociadas a las mismas, de manera espontánea Teo pidió hacer un marco para sus dibujos, lo que parece ser una barrera o especie de contenedor, separando cada uno de los colores y eventos, como si quisiera que éstos no se mezclaran. En este momento de la sesión se mostró muy ansioso: por ello la psicóloga retomó su petición anterior y le dio material para que hiciera su enojo. Dibujó una figura humana (no se le preguntó quién era) de color rojo (procuró que le saliera bonita), después la arrugó y comenzó a jugar con ella. Su enojo contra Emiliano, su agresor, fue aventado, arrugado y pateado, después él lo tiró al bote de la basura. Una vez hecho esto dijo que estaba listo para irse, pero antes de marcharse realizó por iniciativa propia su ejercicio de tensión–distensión, mostrando que sabía muy bien cómo hacerlo.

Después de esta sesión hay una interrupción de dos semanas en sus sesiones, debido a que Teo fue enviado a Terapia de Lenguaje fuera de la institución, además de que tuvo que asistir a diversas evaluaciones encaminadas a una institucionalización permanente, por lo que se le advirtió a la terapeuta que el proceso podía terminar en cualquier momento a pesar de que sólo habían transcurrido ocho sesiones. Además, las autoridades solicitaron que se comenzara a manejar al niño porque se iría a vivir a otro albergue, motivo por el cual los objetivos de las sesiones se tuvieron que modificar.

Debido a que las demandas de la institución están fuera del control de la terapeuta, se decidió cambiar el plan de tratamiento e ir haciendo cierres parciales en cada una de las sesiones, pues dentro del alberge ya se tenía la experiencia de que los niños se iban de un día para otro sin que previamente se avisara.

A la siguiente sesión, Teo acudió con la misma disponibilidad de siempre, preguntando por qué no se le había llamado antes. En el camino al cuarto de juegos, preguntó que cuándo se iba a ir a su nuevo albergue; al preguntarle sobre esto contestó que él ya se quería ir, sin mencionar siquiera la posibilidad de irse con su tío. Además nuevamente mostraba lesiones de rasguños en su cara, a lo cual comentó sin pena que se los había hecho al pelear con otro niño. En esta ocasión decidió jugar al teatro con títeres para dedo; eligió la vaca, el cocodrilo y a una gallina; sacó a un cóndor el cual se come a la gallina. Al preguntarle por qué se la había comido, comentó: "es el ave mala" (*sic)* y lo guardó. Luego tomó otro títere y preguntó "¿por qué tiene los ojos furiosos?" (*sic)*; se le preguntó por qué le parecía eso y no respondió, sólo dijo "no me gusta" (*sic)* y su cara reflejaba miedo. Después tomó todos los títeres y los guardó en su caja.

Se retomó el tema del nuevo albergue, y Teo dijo que un niño que se llamaba Carlos los estaba visitando, el cual les había dicho que en ese lugar había una alberca y por eso él quería ir ahí. Después tomó los títeres grandes y le preguntó a la psicóloga cuál quería; al contestarle que él le diera el que quisiera lo dudó y después le dio un león; Teo tomó al perro. Llama la atención que en esta ocasión invierte los papeles, pues él siempre elige ser el animal "furioso" (*sic)*, no obstante la dinámica de su historia fue diferente a las anteriores pues el perro pidió al león ser su amigo y éste aceptó. Entonces comenzaron a jugar. Después venía la mamá del perrito (manejada por Teo) y le preguntaba a su hijo que por qué estaba jugando con él león, pues era peligroso. El perrito le respondía que eran amigos y que el león se había quedado sin casa, por lo que le propuso lo llevaran a vivir con ellos. La madre aceptó llevarse al león "porque tienen un cuarto desocupado" (*sic)*. La historia terminó en que los tres se iban a su casa. Esta historia parece vincularse con su deseo de ser aceptado en un lugar, a pesar de ser malo como él se percibe. Después de esto cambió la actividad.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Es importante mencionar que Teo se volvió a mostrar ansioso, posiblemente por la incertidumbre de ser enviado a un nuevo albergue, lo cual significaba una menor probabilidad de que lo enviaran a vivir con sus tíos como él anhelaba.

En las siguientes cuatro sesiones llevadas a cabo en el mes de diciembre, el trabajo con Teo se enfocó a reforzar las habilidades adquiridas a lo largo del proceso terapéutico, tales como la confianza en sí mismo; el manejo y expresión de sus emociones, especialmente el enojo, así como la culpa relacionada con los eventos de abuso sexual. Asimismo, se trabajó al menos en el imaginario del niño, el refuerzo del vínculo con los adultos significativos para él, como su tío Manuel y sus abuelos, lo que disminuyó el sentimiento de pérdida del niño con aquellas personas con las cuales se siente vinculado, tal como citan Fernández y Fuertes (2000).

Es importante señalar como uno de los logros importantes, que el menor pudiera recibir las visitas de sus abuelos y su tío Manuel dentro del albergue antes de ser canalizado a otra institución, lo que lo hizo sentir querido y no abandonado, además de que pudo constatar que había personas que lo querían y deseaban su bienestar.

Las sesiones de terapia con Teo, permitieron descartar el diagnóstico de déficit de atención; del mismo modo, se comprobó que la tartamudez no se debía a un problema del lenguaje como tal, ya que únicamente se presentaba cuando el niño mostraba mucha ansiedad. Hacia el final del año, el menor podía hablar sin dificultad incluso con el personal masculino del albergue.

En la última sesión de psicoterapia, el menor se mostró taciturno y callado. Al principio se limitó a sentarse y observar la mesa. Cuando se le hizo notar que parecía triste comenzó a llorar. Dijo que no quería que lo dejara de ocupar, refiriéndose a que quería seguir asistiendo a terapia. La terapeuta le respondió que él estaba listo y que además ella sabía que pronto iría a una nueva institución por lo que no podría verlo de nuevo, pero le hizo saber que estaría al pendiente de él en esos días y que si le era posible estaría presente el día que se fuera. A pesar de que en todo el proceso terapéutico se mantuvo distancia física –la cual se consideró una medida normal y adaptativa dada la situación de maltrato que vivió- repentinamente Teo se levantó de su asiento y abrazó a la terapeuta, buscando además que ella lo abrazara, como si con ello le dijera que entendía completamente sus palabras. Después de llorar un momento, comenzó jugar a que se caía esperando que yo lo detuviera antes de caer al piso. Eso provocaba una risa estrepitosa y contagiosa, por lo que ella no pudo evitar reír también con él, de una manera u otra la psicóloga entendió que era su manera de despedirse y de decirle que confiaba en ella, pues al final, con todo y los sueños de monstruos, el no lograr armar su vida ni construir una casa, el vivir en un mundo de tornados y demonios, Teo había encontrado en el albergue y en la terapia la vivencia de seguridad física y emocional que nunca –en su corta vida– había tenido.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Las 12 sesiones de psicoterapia se llevaron a cabo en cuatro meses a lo largo de las mismas Teo logró: disminuir la culpa referida al abuso sexual y violación, así como elevar su manejo del enojo, lo que mejoró la percepción que tenía de sí mismo y pudo establecer una relación más armónica con otros adultos y sus compañeros, además de que fue capaz de vincularse con un adulto mostrando confianza, pues para Teo, el mundo adulto sólo había significado desconfianza, terror, humillación y abandono.

Si bien no se realizó evaluación alguna antes o después del tratamiento, los reportes dados por los cuidadores principales del menor, señalaban una mejora en la conducta de éste, especialmente en las relaciones interpersonales con adultos y niños.

SEGUIMIENTO

Se realizaron dos sesiones de seguimiento con Teo un mes después de terminar el proceso. En éstas se corroboró el estado emocional del menor y se observó que éste se desenvolvía con naturalidad y

confianza dentro de la institución. Además ya no había reportes de pleitos con los compañeros ni agresiones hacia los adultos. Él se encontraba menos ansioso y estaba emocionado con su egreso para ir a otro albergue. Una semana después de la última sesión de seguimiento, Teo fue trasladado. A pesar de que se solicitó a las autoridades de la nueva institución a la que fue enviado, tener más sesiones de seguimiento, para apoyarlo en su nuevo hogar y corroborar los avances del tratamiento, esto no fue posible. Antes del traslado, los tíos solicitaron poder visitarlo en su nueva residencia, pero no realizaron un nuevo intento para adoptarlo.

REFLEXIONES SOBRE EL TRABAJO CON NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabajar con niños institucionalizados que han vivido en un entorno de maltrato o abuso sexual no es fácil, ya que la situación de crisis al ser separados de su núcleo familiar –aún cuando es adverso- obliga a que el terapeuta haga uso de diferentes herramientas psicoterapéuticas para ganar la confianza de los niños a corto plazo, pues en estos lugares de acogida temporal no se sabe si los menores permanecerán un día, semanas o meses. Por ello, lograr que el niño se sienta en confianza sin presionarlo y aún más importante sin someterlo a otra situación de desventaja, significa para el terapeuta un reto importante.

Aun cuando en México, muchas de las instituciones públicas no tienen las instalaciones ideales para la atención de los niños e incluso existen dificultades administrativas que impiden que las sesiones se lleven a cabo de acuerdo a una planeación exacta, existe la consciencia de que los niños necesitan atención especializada, pues quedaron atrás los años en los que solamente se encargaban de atender su estado físico, sus necesidades alimentarias y de vestido. En la actualidad, cada vez hay más cabida al trabajo especializado del psicólogo entrenado en psicoterapia para niños, de quien parte la responsabilidad de crear intervenciones adecuadas al contexto no sólo de la institución si no de los niños que ahí residen.

De esta manera para un niño que está en una institución de acogida, que se enfrenta al distanciamiento de las personas a las que se sentía vinculado, y que emocionalmente le significa el sentimiento de ser abandonado y poco importante; tener la posibilidad de asistir a un espacio terapéutico, en un lugar y hora determinados, le proporciona la sensación de ser único e importante entre docenas de niños con los que tienen que compartir el cuidado y afecto de un número limitado de cuidadores. De esta manera el beneficio para los niños va más allá de la libre expresión de emociones por medio del juego, el hecho más importante es comunicarles que aun con lo difícil que ha sido su vida, tienen derecho a seguir siendo tratados con dignidad y respeto, situación que perdieron en su entorno familiar y que pueden encontrar en un espacio de 45 minutos a la semana, que pueden desde una visión optimista, sembrar la semilla para un porvenir mejor.

REFERENCIAS

Ater, E. (2002). Play therapy behaviors of sexually abused children. En G. Landreth (Ed.), *Innovations in Play Therapy. Issues, process and special populations* (pp.119-130). New York: Brunner Routledge.

Buchelli, S. (1999). Un acercamiento al abuso sexual infantil. *Psicología Iberoamericana, 7*(1), 49-55.

Cantón, D. & Cortés, A. (1999). *Malos tratos y abuso sexual infantil.* 3ª edición. España: Siglo Veintiuno.

Connors, K. & Schames, G (1999). Traumatized and neglected children. En Ch. Schaefer (Ed.), *Short – Term Psychotherapy Groups for Children* (pp.219-248). London: Jason Aronson Inc.

De Luca, R.; Grayston, A. & Romano, E. (1999). Sexually abused boys. En Ch. Schaefer (Ed.), *Short – Term Psychotherapy Groups for Children* (pp.183-218). London: Jason Aronson Inc.

Dubner, A. & Motta, R. (1999). *Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress*

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico.* Barcelona: Ariel.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Fernández, J. & Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia.* Madrid: Pirámide.
Homeyer, L. (2001). Identifying sexually abused children in play therapy. En G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in Play Therapy. Issues, process and special populations* (pp.131-154). New York: Brunner Routledge.
Kempe, R. & Kempe, H. (1996). *Niños maltratados(4ª edición). España: Ediciones Morata.*
Landreth, G. (1991). *Play therapy. The art of the relationship.* EUA: Accelerated Development.
Mann, E. & McDermott, F.(1988). Terapia de Juego para niños víctimas de maltrato y negligencia. En Ch. E. Schaefer y J. O'Connor (Eds.), *Manual de Terapia de Juego (volumen 1).* México: El Manual Moderno.
Mc Mahon, L. (1992). *The handbook of play therapy.* London: Routledge.
Schaefer, Ch. E. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego.* México: El Manual Moderno.
Simón, R., López, T. & Linaza, I. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil.* España: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
Van Fleet, R. (2000). *A parent's handbook of filial play therapy: Building strong families with play.* EUA: Play Therapy Press.

Este capítulo fue realizado dentro de "El albergue temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal" como parte del trabajo realizado en el programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología de la UNAM.

CASO 9.
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

"EUA vs China"
María Becerril Pérez
Psicoterapeuta Infantil
Instituto de Juego y Psicoterapia A.C.

Se presenta el caso de Fernando, un niño de siete años que tenía dificultades de atención y obediencia en el ámbito escolar y familiar. Se abordó el caso a través de un enfoque integrativo, mediante la modalidad de eclecticismo técnico, retomando técnicas de juego de los enfoques narrativo, psicodinámico, cognitivo-conductual, filial y gestalt. Después de realizar una evaluación psicológica se concluyó que las dificultades de inatención y obediencia estaban relacionadas a una situación emocional: el divorcio de los padres. Se trabajó alrededor de seis meses la aceptación y elaboración del divorcio, así como la estructura y dinámica familiar. La capacidad cognitiva del menor y la disposición para trabajar por parte de sus padres dieron la pauta para lograr el objetivo terapéutico: el bienestar emocional del menor.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Fernando
Edad: 7 años 8 meses
Sexo: masculino
Escolaridad: 1º de primaria, asiste a una escuela privada.

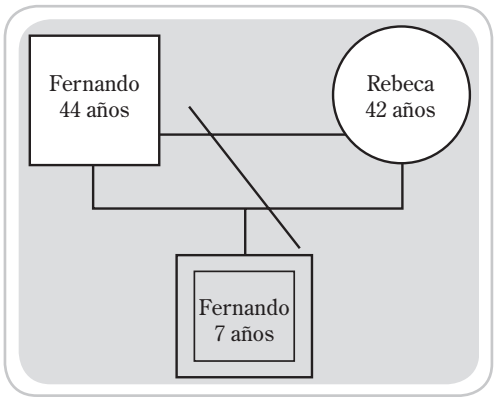


Figura C9-1. Familiograma.

Comentarios y observaciones

Fernando es un niño cuyo físico corresponde a su edad cronológica, se expresa de manera adecuada (tanto verbal como corporalmente), es participativo, respetuoso y sobre todo un niño carismático.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

MOTIVO DE CONSULTA

Uno de los principales motivos del porqué los padres asisten a solicitar apoyo psicológico para sus hijos, es el relacionado con los problemas de conducta en el ámbito escolar. Estas dificultades pueden estar asociadas con el bajo rendimiento académico, el mal comportamiento en el salón de clase, la falta de atención y concentración al realizar tareas, así como la dificultad en las relaciones interpersonales de los menores. En el caso de Fernando, sus padres y la escuela lo reportaron como un niño que parecía presentar problemas de inatención y como consecuencia no obedecía las órdenes que le indicaban.

Motivo de consulta de los padres

En el Instituto donde se llevó a cabo el tratamiento se considera importante realizar inicialmente una cita con los padres por varios motivos: el principal, es poder brindarles un espacio para hablar, ofrecerles apoyo y empatía ante el comportamiento de sus hijos, además para conocer al psicólogo(a) que atenderá a sus niños y ver si son empáticos (tanto padres como psicólogo), porque de ésta empatía se derivarán la confianza y el apoyo mutuos para el tratamiento y por último, para que conozcan el espacio terapéutico donde serán atendidos (Cornejo, 1996).

Durante la primera entrevista, los padres de Fernando decían sentirse angustiados y preocupados porque el niño presentaba problemas de actitud: *"*En ocasiones no obedece órdenes y en la escuela han notado que puede presentar problemas de inatención*"*. Por lo tanto, solicitaron una evaluación psicológica para el menor, debido a que tenían interés en saber qué le sucedía a su hijo, además de que la escuela se los había sugerido.

Comentaron que en el ciclo escolar anterior, la conducta del niño había llegado a tal grado, que en una ocasión se quedó acostado en el piso del salón sin realizar actividad alguna y la consecuencia había sido ser enviado a la dirección del colegio. Asimismo, indicaron que se distraía mucho, constantemente se levantaba de su lugar y platicaba mucho durante sus clases.

Su desempeño académico no era motivo de consulta, sin embargo, la escuela a la que asistía tenía un elevado nivel de exigencia por **buena conducta**; cada día, recibía una calificación la cual se sumaba y se promediaba al final del mes con el resto de sus calificaciones. El promedio mensual de Fernando en este aspecto no era favorable: rara vez lograba un ocho de calificación e incluso la más baja que llegó a obtener fue cinco y esto afectaba su promedio mensual.

Los padres explicaron las medidas tomadas al respecto hasta ese momento: "Primero hablamos con él para que entendiera lo que hacía, también lo regañamos, lo castigamos e incluso se le ofrecieron cosas para que se portara bien y cambiara".

Al final de la entrevista, se les explicó que para poder saber qué le sucedía a su hijo era necesario realizar una evaluación psicológica, que no sólo incluyera al niño sino también a ellos y la escuela. Se habló acerca de que su participación era relevante para el proceso, cómo sus actividades no se iban a limitar a llevarlo a las sesiones, sino que también entrarían al espacio de terapia y tener disposición a realizar cambios junto con el menor. Ambos padres aceptaron el compromiso y les agradó la idea de colaborar en el proceso terapéutico de su hijo.

De igual manera, se les expuso que la evaluación psicológica duraría alrededor de doce sesiones, porque requería de tiempo establecer empatía con el niño, conocerlo y lograr en él la confianza necesaria para poder hablar de aquellas circunstancias que en ese momento le preocupaban. Asimismo, este periodo daría la pauta para obtener la impresión diagnóstica buscada tanto por ellos como por la escuela. Ese día, se acordó que de ser necesario Fernando iniciaría un proceso de psicoterapia, explicándoles en qué consistía.

Debido a la dinámica familiar el día de la entrevista con los padres, Fernando asistió al Instituto porque éstos no tenían con quién encargarlo; sin embargo, no entró al consultorio. Al terminar la entrevista, se le llamó con la finalidad de explicarle lo que se había hablado y él estuvo dispuesto a asistir a la evaluación psicológica.

Motivo de consulta de Fernando

Así como era relevante escuchar el motivo de consulta de los padres también era importante saber cuál era el motivo de consulta del propio niño y conocer los motivos por los que creía que asistía a psicoterapia.

La primera sesión con Fernando fue relativamente sencilla, él es un niño abierto que sabía perfectamente lo que le preocupaba y lo que le inquietaba a sus papás. A lo largo de la sesión comentó que las dos cosas que no le gustaban eran: ser hijo único y que sus compañeros de la escuela le decían **tortuga** porque siempre se tardaba. Consideraba que sus papás estaban preocupados porque se portaba mal en la escuela y que por esta conducta lo llevaban a la dirección.

Posteriormente, relató su rutina diaria y concluyó que ya no le gustaba asistir a la guardería[1] porque se aburría y porque tenía que llevar tres mochilas cuando le tocaba asistir a su actividad extraescolar. Finalmente, comentó que sus pasatiempos favoritos eran el fútbol y jugar a la guerra.

Comentarios y observaciones

El día que la terapeuta conoció a Fernando le pareció un niño agradable, fue fácil comenzar a platicar con él, pues no le costaba trabajo relacionarse con los demás. En esa sesión, comenzaron a romper el hielo, cuando descubrieron que tenían afinidad hacia el dibujo y la pintura.

Antes de iniciar el trabajo de evaluación, se le explicó lo que era un psicólogo, que tendrían que trabajar para conocerse y saber qué le pasaba. Se le comentó acerca de las reglas en el consultorio y la forma en la cual se llevarían a cabo las sesiones.

Éstas, se dijo, están divididas en dos secciones: en la primera parte se realizan diversas actividades y en la segunda el terapeuta y su paciente juegan. El niño preguntó si habían soldados de juguete a lo que se le respondió afirmativamente; entonces decidió que ése sería el juego al que siempre jugarían. Llama la atención el interés de Fernando por la guerra, conocía diferentes tipos de armas, aviones y camiones de guerra, pero sobre todo, deseaba saber cómo se había desarrollado la Segunda Guerra Mundial.

Se concluyó que así como era importante saber el motivo de su mal comportamiento en la escuela, también era necesario cambiar la etiqueta de **tortuga**, asignada por sus compañeros y que ahora él aceptaba como propia. Además de averiguar la razón por la cual tenía tanto disgusto por la **guardería**.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Debido a que en la primera entrevista con los padres se le da prioridad a la expresión libre del motivo de consulta, en el Instituto se ha diseñado un **Cuestionario para Padres** donde éstos reportan información acerca del desarrollo físico, cognitivo y socioemocional del niño; así como aspectos relacionados con el temperamento, la conducta, el comportamiento escolar y la dinámica familiar. Una vez que los padres entregan el cuestionario, el psicólogo lo revisa y, de ser necesario, se establece una nueva cita para aclarar aquellos puntos dudosos o que quedaron poco claros. Los aspectos que se consideraron relevantes del Cuestionario para Padres de Fernando fueron los siguientes:

Desarrollo físico, cognitivo y socioemocional

En cuanto al desarrollo físico y cognitivo, no reportó ningún rasgo o acontecimiento relevante relacionado con el motivo de consulta. Respecto al desarrollo socioemocional, manifestaron que al

1 Establecimiento destinado al cuidado de los niños durante las horas en que sus padres, por exigencias del trabajo, no pueden atenderlos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

niño no se le dificultaba establecer relaciones de amistad con sus pares y adultos, pues de hecho tenía un grupo de amigos, el cual lo invitaba a participar en las fiestas y reuniones.

Temperamento

Los padres de Fernando lo consideraban un niño adaptable. De acuerdo con las características temperamentales descritas por Thomas y Chess (citado en Keogh, 2006) el paciente pertenecía a la categoría denominada **niños fáciles** que se caracterizan por la regularidad, la adaptabilidad al cambio, la respuesta positiva a la novedad, intensidad emocional entre ligera y moderada y estado de ánimo positivo.

Comportamiento

La descripción de los rasgos que mejor definían el comportamiento del niño eran: distraído, protestón, agradable y seguro.

Comportamiento escolar

Los aspectos relevantes de este rubro fueron:

Nunca ha mencionado no querer ir a la escuela, las cosas que lo motivan para asistir al colegio son: tomar algunas clases que le gustan, aprender y ver a sus amigos. Se distrae con mucha facilidad, pero cuando le preguntan aunque esté distraído responde correctamente cualquier cosa. En el salón de clase constantemente se levanta de su silla, platica mucho con sus compañeros y constantemente extravía sus cosas.

Dinámica familiar

Los papás de Fernando se habían divorciado tres años atrás. Señalaron que el niño se había adaptado fácilmente a su nueva situación familiar, nunca verbalizó o presentó algún conflicto y antes de la separación, había presenciado algunas discusiones entre sus papás.

Entre semana, la rutina del niño era la siguiente: como ambos padres trabajaban todo el día, asistía a la escuela y comía ahí, posteriormente era trasladado a una guardería vespertina en donde ocasionalmente realizaba la tarea y participaba en actividades extraescolares. Su mamá lo recogía cerca de las 19:00 hrs y de ahí se iban a su casa. Pasaba dos fines de semana al mes con su papá y en las vacaciones el tiempo era compartido entre ambos padres.

Otro motivo por el cual el niño asistía a la guardería, era porque sus abuelos tanto maternos como paternos ya habían fallecido, y aunque tenía tíos y primos, ellos vivían lejos y por lo tanto, no podían apoyar a la familia en el cuidado del niño.

Respecto al establecimiento de límites y normas, ambos padres reportaron que se ponían de acuerdo al momento de establecerlos y decían apoyar la decisión del otro. Sin embargo, tenían estilos de crianza distintos, el papá tenía actitudes más permisivas con el niño al contrario de la mamá quien tenía actitudes más exigentes.

Comentarios y observaciones

De acuerdo con las respuestas del cuestionario y el motivo de consulta, la terapeuta se planteó la hipótesis sobre si se trataba de un trastorno, probablemente el Negativista Desafiante que un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, inclusive dudaba que pudiera cubrir los criterios diagnósticos de ambos trastornos; sobre todo porque ya había observado el comportamiento del niño. Creyó en la probabilidad de que sólo presentara algunos rasgos de ambos trastornos.

El área que más llamó su atención fue la relacionada con la dinámica familiar. Fernando pasaba mucho tiempo solo y además ya había expresado su disgusto por la guardería. Se consideró importante indagar si, además de su dinámica familiar, existía alguna otra situación emocional relevante que no le permitía al niño concentrarse y comportarse adecuadamente en el ámbito escolar.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Debido a la situación familiar se acordó que las sesiones fueran los sábados, porque además de ser el día que tenían más tiempo, también esta decisión daba la pauta para que una semana lo acompañara su mamá y a la siguiente fuera con su papá; esta dinámica se dio a lo largo de la evaluación y el tratamiento, excepto cuando se realizó la entrega de resultados y la sesión donde ambos jugaron con él.

Evaluación psicológica

De acuerdo con el motivo de consulta y la historia de desarrollo era importante evaluar si el niño presentaba rasgos o síntomas relacionados con un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H), un Trastorno Negativista-Desafiante, con alguna situación emocional relevante que pudiera estar relacionada con el comportamiento del niño o la combinación de dos o más de ellos.

Con la finalidad de lograr una impresión diagnóstica completa, se tomó la decisión de que las pruebas psicométricas y proyectivas así como las técnicas de juego aplicadas durante la evaluación psicológica fueran las siguientes: entrevista con el niño, *Método de evaluación de la percepción visual de Frostig, Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV), Prueba de la Figura Humana de Koppitz, Prueba del dibujo de la familia* (ver figura C9-1), *Prueba de apercepción temática para niños CAT-A, Prueba frases incompletas, Técnicas de juego: ¿Cómo es mi día?* (ver figura C9-2) *e Ilumina tu vida* (ver figura C9-3), así como *Juego libre*.

Resultados de la evaluación psicológica

En el Método de evaluación de la percepción visual de Frostig, obtuvo un coeficiente de percepción visual general equivalente a un rango de edad de 11años un mes y medio. Se pudo observar que comprendía las instrucciones y que su trabajo era ejecutado de manera metódica y pausada, pero a pesar de este comportamiento, el niño había alcanzado una madurez perceptual superior a su edad cronológica. Siempre mostró mucha disposición para trabajar, aunque a lo largo de la aplicación se le notaba ansioso.

Los resultados en la Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV) fueron los siguientes: Índice intelectual general de 130 (límite entre el rango superior y el rango muy superior), Índice de comprensión verbal: 110 (rango promedio), Índice de razonamiento perceptual: 135 (rango muy superior), Índice de memoria de trabajo: 110 (rango promedio) e Índice de velocidad de procesamiento: 133 (rango muy superior)

De acuerdo con los resultados, se concluyó que el niño poseía el potencial para poder ejecutar tareas relacionadas con el área cognitiva superiores a los niños de su edad. Durante la aplicación se observó, de nuevo, que su ritmo de trabajo era metódico; es decir, primero escuchaba las instrucciones de la tarea, posteriormente las analizaba y una vez que las comprendía, ejecutaba la tarea, por lo tanto no actuaba impulsivamente aunque sí se tardaba en iniciar la actividad. En el caso de las subpruebas de velocidad de procesamiento, el niño, al comprender que eran calificadas en relación al tiempo de ejecución, trabajó rápidamente sin llegar a ser impulsivo.

En las pruebas proyectivas, los aspectos más relevantes que se observaron fueron:

Dibujo de la figura humana de Koppitz

El segundo dibujo que realizó era una mujer cuyas vestimentas eran masculinas, comentó que la había vestido así porque trabajaba en una oficina como su mamá.

Dibujo de la familia

Al pedirle que dibujara una familia, preguntó "¿Puedo dibujarte a mi familia antes de que se separaran?" Se le respondió que podría dibujar la familia que él prefiriera. Mientras la estaba dibujando, mencionó que así se veían cuando vivían juntos (ver figura C9-1).

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura C9-1. Dibujo de la familia.

Descripción: la mamá y el papá estaban dentro de la casa, mientras Fernando aparece fuera de ella con su escudo y una espada. La madre tenía dos espadas y el padre dos metralletas.

CAT-A / Frases incompletas

Los temas recurrentes de los relatos se relacionaron con la familia, el enojo hacia la escuela y la autoestima del niño.

- **Lámina 4 CAT-A**
  Eran unos canguros, habían dos hermanos (uno bebé y el otro bebecito), bebé iba en el triciclo y se dirigían al bosque con su mamá para desayunar. Había un lobo que se los quería comer, pero los canguros no lo sabían. En el bosque la mamá escuchó un ruido como de lobo y el bebecito recién nacido empezó a llorar; el otro bebé se fue rápido y se perdió. Después el lobo se volvió bueno y le ayudó a la mamá canguro a encontrar a su hijo y al final lo encontraron
- **Frases incompletas**
  Me siento triste cuando: "No están mis papás".
  Cuando me lastimo en algún lado: "Me curo en algún lado".
  Si yo fuera más inteligente: "Sacaría 10 en todas las clases".
  Odio a: "La escuela".
  Lo que más me entristece: "Que alguien me lastime, ya sea mi mamá o mi papá".
  Extraño tanto: "A mi mamá".
  Mi papá: "Es grande y juega conmigo".

Técnicas de juego

Las técnicas de juego son una herramienta en el proceso de evaluación que proporciona información adicional a la evaluación psicológica. Durante su aplicación el niño se sintió con mayor libertad de expresar sus sentimientos. Las técnicas que se aplicaron fueron:

- **¿Cómo es mi día?** (ver figura C9-2).

Esta técnica fue una adecuación de la **La línea de la vida** de Loretta Cornejo (2007). En ella se le solicitó al niño que dibujara y describiera un día de su vida entre semana, con la finalidad de conocer cómo percibía su rutina.

Mañana: mi mamá me levanta, después me visto y me lleva a la escuela en la camioneta. Nos despedimos y ella va a trabajar un rato. Aquí estoy en la escuela sentado en mi salón de clase y la miss me está

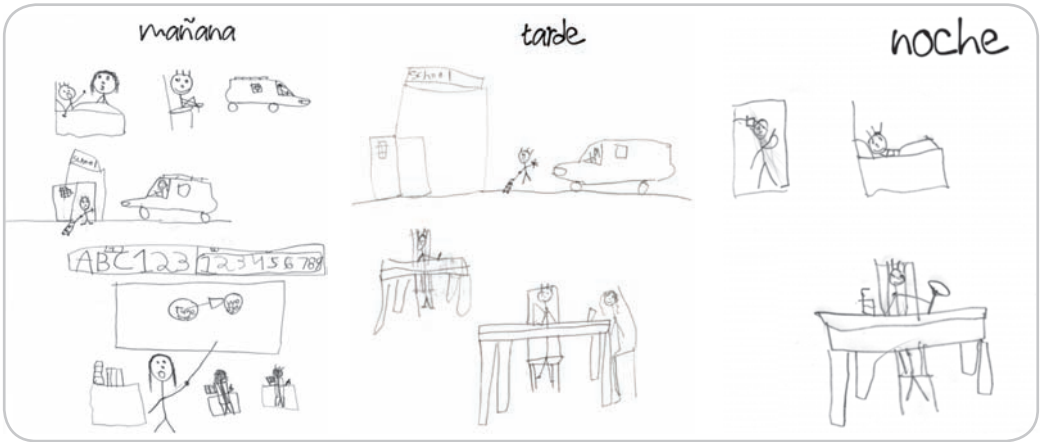


Figura C9-2. ¿Cómo es mi día?

enseñando inglés, ves cómo estoy sentado sin moverme.
Tarde: mi mamá llega por mí a la escuela, no te voy a poner la guardería porque no me gusta, luego nos vamos a la casa, comemos juntos y por la tarde hago mi tarea sin que nadie me diga nada.
Noche: casi en la noche me baño, luego ceno y me voy a dormir, te fijaste cómo me porté bien en todo el día y mi mamá no me regañó.

Observaciones: Los dibujos y relatos del niño señalaban su necesidad de pasar más tiempo al lado de su mamá. No rechazaba el que trabajara, pero tampoco aceptaba pasar la mayor parte del día solo.

- **Ilumina tu vida** (O´connor, K.; 1997).

El objetivo de esta técnica fue que el niño pudiera expresar sus sentimientos mediante colores: le otorgó un color a cada sentimiento, lo relacionó con alguna situación y posteriormente marcó la cantidad que percibía:

Amor: Rojo. Siento amor por mi mamá y mi papá
Tristeza: Azul. Me da tristeza pensar que no tenga papás
Alegría: Verde. Me da mucha alegría jugar con mi papá y con mi mamá.
Miedo: Amarillo. Me da miedo la llorona, los muertos y el Jinete sin cabeza".
Enojo: Naranja. Me enojo cuando no me compran los juguetes que quiero.
Soledad: Café. Me siento solo en la escuela.
Aburrido: Gris. Me aburre la escuela, estar sentado y acostado me aburre.
Amistad: Rosa. Tengo muy buenos amigos en la escuela.

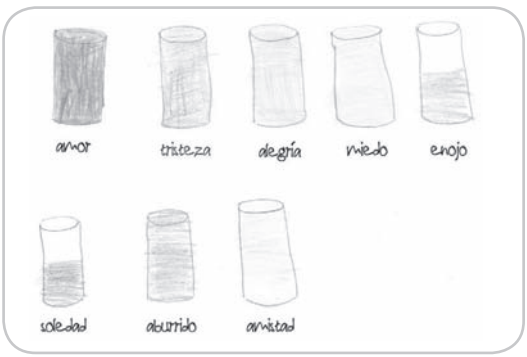


Figura C9-3. Ilumina tu vida

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Juego libre

Como se mencionó, las sesiones de evaluación se dividían en dos momentos: uno para la aplicación de pruebas psicológicas y técnicas de juego y otro, en el que el niño tenía la libertad de escoger a qué jugar.

Durante la evaluación psicológica el juego siempre fue el mismo **La batalla entre EUA y China**; el juego comenzaba con la selección de juguetes, Fernando sacaba todos los soldados, tanques de guerra, camiones, armamento y aviones que se iban a ocupar y por turnos se armaban los equipos. Esta actividad le costaba un poco de trabajo porque trataba de quedarse con los mejores juguetes y para ello tenía que negociar. Él decidía qué país quería ser y desde un inicio prefirió ser China.

El juego tenía reglas muy específicas, las cuales se establecieron a lo largo de la evaluación y que siempre fueron respetadas:

- No se podía entrar al terreno del enemigo
- Se podía volar sobre el territorio enemigo para conocer su estrategia de ataque pero sin atacar
- El combate tenía que ser en la zona destinada
- No se podía resucitar a ningún juguete
- Había que aceptar al vencedor

Una vez seleccionados los equipos, el consultorio se dividía en tres partes: en los extremos se encontraban los **cuarteles**, uno era para EUA y el otro para China; en la tercera parte, que era el centro del consultorio, se llevaba a cabo la acción. La guerra comenzaba por **tierra,** primero combatían los soldados, luego los tanques y camiones de guerra; en todo momento el juego era equitativo, si alguno perdía un juguete el otro también. En la segunda parte, la guerra se llevaba a cabo por **aire**, ahora los aviones se atacaban mutuamente, los aviones más débiles peleaban primero para que al final sólo quedaran los dos más fuertes y así determinar al vencedor. La mayoría de las veces Fernando ganaba, pero lentamente fue aprendiendo a perder, aunque le costó trabajo.

En el juego del niño predominó un pensamiento ordenado, estructurado y lógico. Por lo tanto, era más realista y se orientaba hacia las reglas. La estructura del mismo reflejaba una necesidad creciente de orden y de pertenencia (Huges, 2006).

Impresión diagnóstica

En la integración de los resultados se tomaron en cuenta dos aspectos: los resultados de las pruebas psicológicas y las técnicas aplicadas así como el contexto de la vida del niño; es decir, se consideraron los procesos del desarrollo físico y psicológico, la dinámica familiar y el contexto educativo y social en el que se encontraba inmerso el niño (Esquivel, Heredia & Lucio, 2007). En la impresión diagnóstica ofrecida, se concluyó que Fernando no presentaba un Trastorno por Déficit de Atención con Predominio de Inatención ni tampoco un Trastorno Negativista Desafiante debido a que no cubría los criterios diagnósticos para ambos padecimientos .

Se descartó el Trastorno por Déficit de Atención con Predominio de Inatención porque para diagnosticarlo era necesario que cubriera por lo menos seis síntomas estipulados en el DSM-IV-TR (Solloa, 2001) y el niño sólo presentó tres: a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente, a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades y a menudo se distrae con estímulos irrelevantes. Aunado a los criterios diagnósticos, el comportamiento controlado así como la capacidad de planeación del niño eran rasgos que no se asociaban con el trastorno.

Sucedió algo similar con el Trastorno Negativista Desafiante, ya que el único criterio que presentó fue: el de desobediencia (Solloa, 2001), lo cual era insuficiente para diagnosticarlo con este trastorno.

Sin embargo, existen una serie de estudios científicos y de análisis medioambientales que ofrecen modelos de explicación según los cuales un niño puede tener bajo nivel de concentración y mostrarse inquieto o agitado sin que sea necesario presuponer de buenas a primeras la presencia de una patología;

es decir, que esté enfermo. Muchas veces, lo que indican los síntomas de inatención es la presencia de tensiones que se acumulan y que no se consiguen desahogar adecuadamente (Baum, 2004). En este rubro se encontraba Fernando, quien emocionalmente se sentía frágil. El divorcio de sus padres y su rutina diaria lo hacían percibirse como un niño solitario, su comportamiento en la escuela estaba más relacionado con la necesidad de llamar la atención, en especial de su mamá y papá, que con un problema de inatención o de conducta.

Desafortunadamente, en la escuela a la que asistía, aún prevalecía la creencia de que los niños y niñas callados que no llamaban la atención, no alborotaban al grupo y se sometían a las normas de los maestros, eran **niños(as) buenos(as)** los cuales a su vez se convertían en niños felices, alegres y saludables (Baum, 2004). En cambio, los niños que buscaban negociar cuando algo no les parecía o simplemente no hacían las cosas como los demás esperaban, eran etiquetados como **niños(as) malos(as)** y en esta categoría estaba Fernando; porque para la escuela fue más fácil colocarlo en este último grupo que averiguar si su comportamiento estaba relacionado con su vida emocional.

Fernando, al igual que muchos de los niños de hoy, tuvo que experimentar desde muy temprano las vicisitudes de una vida lejos de su mamá, papá y casa. Aprendió a adaptarse a diferentes espacios creciendo con la soledad como compañera (González & López, 2008). Sin embargo, sus papás no eran los responsables directos de esta situación, ellos estaban convencidos de que le brindaban lo mejor que podían y así era. Más bien, lo que sucedió, es que el niño había aprendido a quedarse callado para no generar problemas entre sus papás, pues tenía miedo de perderlos.

Fernando experimentaba terribles conflictos de lealtad, deseaba complacer a sus padres y se sentía culpable al elegir entre uno y otro. En ocasiones, inconscientemente, se colocaba entre papá y mamá diciéndole a cada uno lo que ellos querían oír, en vez de sentir la libertad de expresarse abiertamente con ambos (Bayer, 2003).

La edad en la que sucedió el divorcio fue un factor determinante, pues a los cuatro años los niños entienden el divorcio como una separación física además de temporal y conforme fue creciendo, el niño asimilaba el verdadero significado del divorcio: ellos ya no podían estar juntos como pareja otra vez (Barbero & Bilbao, 2008). Sin embargo, esta realidad no le gustaba y prefería mantener la fantasía de que en cualquier momento las cosas podían cambiar y estar juntos de nuevo; por eso mismo, era preferible quedarse callado para no provocar una discusión entre sus papás y así poder lograr su sueño.

Entrega de resultados

En la sesión de **Entrega de resultados** se acostumbra citar a los padres para leerles el estudio psicológico; esta sesión es larga (entre dos y tres horas) y difícil pues tiene como objetivo dejar claro cuál es el estado emocional del niño(a), las consecuencias que se han presentado por su comportamiento y las alternativas de tratamiento que se pueden ofrecer. Esta sesión es crucial en el tratamiento, pues los padres pueden adoptar una posición negativa y estancar el proceso terapéutico del niño e inclusive llevárselo o adoptar una posición abierta y colaborar en el bienestar emocional de su hijo.

Los papás de Fernando pertenecían al segundo grupo, escucharon el estudio psicológico, el cual fue explicado a detalle y se llegaron a algunos acuerdos respecto al tratamiento psicológico del niño:

- El primer acuerdo al que se llegó era que el niño iba a asistir a terapia y que su participación seguía siendo muy importante.
- El segundo acuerdo se relacionaba con la escuela. Se iba a entregar un informe donde se explicaría el comportamiento del niño, más no se incluirían aspectos emocionales que sólo le interesaban a la familia y tampoco se incluirían los resultados de las pruebas psicométricas debido al rendimiento elevado que presentó, porque esta información podría provocar que lo etiquetaran más.
- El tercero consistía en que los padres se comprometieron a aprender a comportarse como el otro; es decir, mamá sería más relajada y divertida como papá y papá sería más cuidadoso y establecería mejor los límites como mamá.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

- Y por último, los papás y la terapeuta acordaron poner lo mejor de sí para apoyar el bienestar emocional de Fernando.

Comentarios y observaciones

La ventaja de tener esta estructura de evaluación psicológica es que permite al clínico trabajar a la par la impresión diagnóstica y el verdadero motivo de consulta. Después de la evaluación quedaba muy claro que Fernando no tenía TDA-H o un Trastorno Negativista Desafiante, sino más bien había que apoyarlo en la elaboración del divorcio de sus papás y buscar alternativas para que el niño no se sintiera tan solo, pues era parte de su realidad el que sus papás seguirían trabajando y que no iban a regresar a vivir juntos como pareja.

A lo largo de la evaluación se pudo observar que ambos padres tenían una relación muy estrecha con su hijo, sin embargo entre ellos este vínculo (como pareja) no existía y esto generaba el silencio del niño. La participación de los padres era muy importante, pues ellos son la base de un buen tratamiento y sin su apoyo difícilmente se pueden ver avances significativos.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

El enfoque con el que se trabajó fue el de la Psicoterapia Integrativa. En este modelo se consideran los pilares de la integración al conocimiento de los diversos modelos de la psicoterapia infantil, tales como el psicodiagnóstico integral, las habilidades terapéuticas, el autoconocimiento y la interdisciplina.

En esta modalidad de tratamiento se busca ayudar al niño a asimilar y armonizar los contenidos de sus estados emocionales, disminuir los mecanismos de defensa y volver a conectar plenamente al paciente con el mundo. En definitiva, trata de reconectar los aspectos no integrados de la personalidad (Fernández-Álvarez & Opazo, 2004)

Existen tres formas en las cuales los profesionales clínicos integran el modelo de intervención de psicoterapia integrativa: el Eclecticismo Técnico, la Integración Teórica y el Modelo de los Factores Comunes (Opazo, 2001).

En el caso de Fernando, se trabajó con la modalidad del Eclecticismo Técnico; es decir, se seleccionaron técnicas de juego que pudieran ayudarlo a entender el divorcio de sus padres y modificar su comportamiento en la escuela. Los enfoques terapéuticos de los que se retomaron las técnicas de juego para el trabajo clínico con el niño fueron:

- Narrativa. Las técnicas de la Psicoterapia Narrativa implicaron escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de la vida del paciente con la finalidad de poder configurar nuevas realidades (Freeman, Epston, & Lobovits, 2001)
- Psicodinámico. Las técnicas psicodinámicas utilizadas le permitieron a Fernando llevar sus conflictos a un ámbito simbólico, mediante proyecciones (Schaefer, 2005)
- Cognitivo-Conductual. Las técnicas cognitivo-conductuales fueron educativas pues establecieron la conexión entre su comportamiento y su pensamiento (Schaefer, 2005)
- Filial. Las técnicas filiales redujeron el comportamiento problemático del niño a través del mejoramiento de las habilidades de crianza por parte de sus padres (Schaefer, 2005).
- Gestalt. Las técnicas de la Gestalt lo ayudaron a desarrollar un fuerte sentido del *self* ocasionando una sensación de bienestar (Schaefer, 2005).

Comentarios y observaciones

Cuando el psicólogo clínico apoya a un niño en su proceso terapéutico, no puede limitarse a un solo marco conceptual pues esto implica hacer de lado otras opciones que pudieran ser más eficaces para tratamiento. Lo ideal es incluir no excluir. La mayoría de las técnicas que se aplican en Terapia de Juego, pueden ser utilizadas y analizadas desde diferentes marcos teóricos.

OBJETIVOS Y METAS

A partir de la impresión diagnóstica que se logró mediante la evaluación psicológica, se establecieron los objetivos y las metas para el tratamiento de Fernando, éstas fueron planteadas inicialmente en la sesión de Entrega de resultados con sus padres y posteriormente en una sesión con el niño.

El objetivo primordial era buscar el bienestar emocional del paciente y las metas eran la elaboración del divorcio, el comportamiento en la escuela y el apoyo de sus padres; sin embargo, estas metas eran flexibles pues se podrían ir modificando conforme el propio proceso lo requiera.

Comentarios y observaciones

Posterior a la entrega de resultados, sucedió algo importante para el tratamiento del niño: su papá había modificado sus horarios de trabajo y podía pasar por él a la escuela, además lo inscribieron a clases de natación dos veces por semana y sólo un día asistiría a la guardería.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

A partir de los cambios en la rutina del niño, Fernando se permitió jugar con más juguetes, durante el proceso se aplicaron más sesiones de juego, sin embargo, se seleccionaron las que fueron consideradas como las más significativas:

- **Yo soy el maestro**

La técnica era de juego libre y tenía como objetivo entender por qué a pesar de los cambios que la familia había realizado y los avances observados en el niño, las calificaciones de conducta seguían siendo irregulares. Había semanas en las cuales lograba un buen promedio y otras que no. El juego se desarrolló de la siguiente manera:

> Al inicio de la sesión, la terapeuta le propuso a Fernando jugar a la **escuelita,** éste aceptó sólo si él era el maestro, los alumnos de la clase eran la psicóloga y dos títeres de peluche (un chango y un mapache).
>
> El maestro comenzaba la clase escribiendo la fecha en el pizarrón, posteriormente dibujó una carita triste en el margen derecho del pizarrón. Constantemente volteaba a ver a los alumnos y al regresar la mirada al pizarrón, escribía una serie de números. Al preguntarle qué significaban los números , el niño respondió "son los números de lista de los alumnos que se portan mal".
>
> Posteriormente, escribió algunas indicaciones y ejercicios, los cuales la terapeuta sólo copió y en ese momento, Fernando comenzó a regañar al chango diciéndole: "¿por qué no anotas nada en el cuaderno?" en seguida fue hacia el pizarrón y de nuevo escribió un número en la lista de los alumnos que se portaban mal y en ese momento la psicóloga le preguntó por su número de lista y le dio uno que no se encontraba en su lista.
>
> La terapeuta comenzó a jugar a portarse mal para ver cuál era su reacción, sin embargo por más que hacía su número no aparecía en la lista, incluso aventó al chango esperando que anotará su número en su lista pero de nuevo lo omitió argumentando que seguramente había sido un accidente.
>
> Al mapache y a la terapeuta les puso diez de calificación y al chango que había sacado ocho en su trabajo le bajó dos los puntos porque su número de lista aparecía dos veces en su **lista de niños que se portan mal**.
>
> Cuando el juego terminó, se le preguntó que si así se comportaba su *miss* y respondió afirmativamente, también la psicóloga indagó la razón por la cual no la había anotado en su lista, si había aventado al chango y respondió que la *miss* no siempre anotaba a todos los niños mal portados, porque **"a sus favoritos** no los anota".

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

A partir de esta sesión se pudo comprender cómo Fernando vivía la dinámica en la escuela, al parecer sus calificaciones dependían más del humor de la *miss* que de su comportamiento. Al finalizar la sesión se habló con su mamá acerca de la dinámica observada a través del juego, en ese momento ella también concluyó que no sería fácil mantener un promedio que no dependía completamente del comportamiento de Fernando. Desde ese día, ella fue más accesible respecto a la calificación de conducta.

- **La batalla EUA *vs* China**

Técnica de juego libre. La escena fue la misma que se describió en el juego libre de la evaluación psicológica. La única modificación es que Fernando decidió que ya no sería China sino que a partir de ese día sería EUA:

> Al finalizar la guerra la terapeuta le preguntó la razón por la cual ya no sería más China, y respondió "es que ahora me gusta más ser EUA", entonces se le pidió que pensara en algo que se relacionara con este país y algo que se relacionara con China. Fernando contestó "Mi papá es como EUA porque es **güero** y mi mamá como China porque tiene el cabello chino" Posteriormente, paciente y psicóloga llegaron a la conclusión de que ambos eran países fuertes y poderosos.

El cambio de país tenía mucho que ver con el tiempo que ahora pasaban juntos papá e hijo. De hecho, a lo largo de la evaluación aunque siempre incluyó a su papá en sus relatos sólo lo dibujó dos veces (en el dibujo de la figura humana y en el de la familia) en cambio, la que siempre aparecía era su mamá. El pasar tiempo a lado de su papá le dio la posibilidad tenerlo como una figura de identificación.

- **Me preocupa que les pase algo**

Técnica El arenero (Oaklander, 2004). Cuando Fernando llegó al consultorio se acercó al arenero, colocó varios animales y dos cabañas. En extremos opuestos de éste había colocado las cabañas, en cada una vivía **una familia**, una estaba compuesta por el elefante, la cebra, el dinosaurio, el cocodrilo, el chango, el caballo y el oso; la otra por un perro, una ballena, un pez, una jirafa, un gato y un rinoceronte. En el centro del arenero hizo un surco y sólo había un animal que podía pasar de un lado a otro, el tigre, quien no pertenecía a ninguna familia porque su labor era cuidar a las demás familias.

Una vez que Fernando terminó de jugar platicó que se habían metido a robar a la casa de su papá y de su preocupación porque si esa noche la pasaba con su papá, a su mamá le podía pasar algo; pero si en la semana se quedaba con su mamá, le podía suceder algo a su papá. Entonces la terapeuta le explicó que la mayoría de los accidentes suceden cuando la persona menos se lo esperaba y él no podría ser como el tigre quien cuidaba las dos cabañas, porque además de no poder estar en dos lugares al mismo tiempo, algún día iba a terminar muy cansado. Se le hizo ver que sus papás sabían cómo cuidarse y además cómo los papás estaban para cuidar a los hijos y no al revés.

Invitaron a su papá a participar en la sesión y Fernando le explicó el juego; su papá le prometió tener mucho cuidado y le dijo que no se preocupara porque tanto su mamá como él se iban a cuidar.

Aunque su papá le dio la contención que en ese momento necesitaba, su preocupación continuaba, porque para Fernando, la solución era ver a sus papás viviendo juntos otra vez y así nada les iba a pasar; sin embargo, esto no sería posible. También era importante ayudarle a quitarse la etiqueta de **cuidador** que se había colocado.

- **Hoy mamá y papá volvieron a pelear**

Cuando Fernando llegó a la sesión se veía diferente, de hecho parecía triste. Al preguntarle si le sucedía algo, comentó que sus papás se acababan de pelear. Ante esto la terapeuta decidió no hablar

de los motivos de la discusión entre sus padres, sino más bien enfocarse en que el niño comprendiera cómo sus papás, al igual que el resto de las personas e incluso él, algunas veces discutían. El argumento fue:

> Las discusiones se deben a que las personas tienen diferentes formas de pensar y cuando ambas se aferran a su pensamiento, entonces se da la discusión. La única manera de no llegar a este punto es cuando ambas partes están dispuestas a negociar.

Posteriormente conversaron acerca de la diferencia entre negociar y discutir.

Sin embargo, para Fernando fue muy difícil ser el espectador de una discusión entre sus papás, sobre todo porque además de ser las personas que más quiere, ellos también representan su única red de apoyo con la que cuenta. Adicionalmente, la discusión lo confrontaba con la fantasía de querer ver unidos a sus papás de nuevo. Posteriormente, se le pidió dibujara lo que había sucedido y cómo se había sentido (ver figura C9-4)

Descripción: en el primer dibujo la mamá de Fernando estaba discutiendo por teléfono con su papá, el niño iba sentado en la parte posterior del coche. El segundo dibujo representaba cómo se sintió.

En este momento del proceso, la tristeza que sentía se relacionaba más con la aceptación del divorcio que con la discusión que habían tenido sus papás.

- **Un viaje a otro planeta**

Fernando llegó al consultorio con su mamá, al preguntarle cómo le había ido en la escuela comentó que más o menos, al iniciar la sesión se le pidió pensara en algunas estrategias que lo podrían ayudar a mejorar sus calificaciones en conducta. El niño se quedó pensativo por un momento y dijo "¡Ya sé! voy a hacer mis reglas para el salón de clase", entonces comenzó a escribir en el pizarrón sus reglas, las cuales serían adicionales a las que la escuela le exigía (ver figura C9-5). Las cuales consistían en:

- No jugar a la guerra con los dedos
- No platicar con los demás
- No jugar con los demás
- No pararme de mi lugar
- No atrasarme en escribir
- No llegar tarde a la escuela

Al final concluyó que a partir de ese día, jugaría a ser un soldado el cuál no se movería de su lugar para que ya no lo regañaran más.

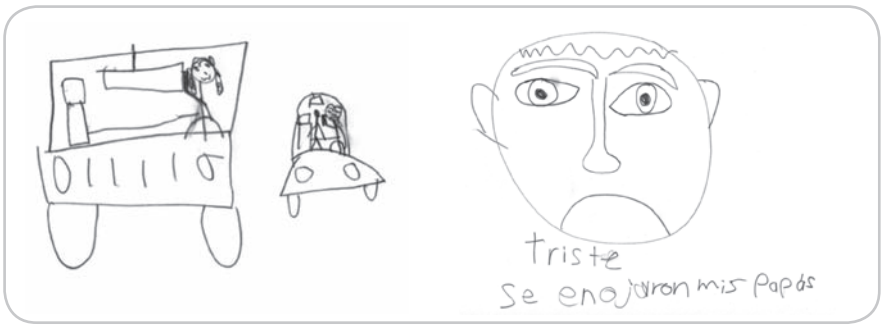


Figura C9-4. Hoy mamá y papá volvieron a pelear.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Hablaron acerca de sus papás y dijo que por ahora estaban bien pero no creía fueran a estar juntos otra vez. Ante esto la terapeuta le hizo saber que sus papás se habían separado como pareja mas no como papás y aunque le costó trabajo comprender la diferencia entre pareja y papás, al final logró entenderlo y dijo "creo que ya no vamos a estar juntos otra vez ni aunque nos fuéramos a vivir a otro planeta" (ver figura C9-5).

Descripción: en el dibujo su mamá y él van por un lado hacia el otro planeta y su papá va aparte.

En este punto del proceso terapéutico, Fernando aceptaba cada vez más el divorcio de sus padres; sin embargo, como todo niño, aún deseaba que su familia estuviera junta aunque fuera en otro planeta. En el otro planeta no habría trabajo, ni escuela ni divorcio que lamentar, sólo estarían juntos los tres.

A partir de esta sesión su comportamiento en el ámbito escolar mejoró bastante, sin embargo, la calificación de conducta muchas veces seguía dependiendo del **humor de la *miss.***

- **El cocinero**

El jueves anterior a la sesión hubo un evento en la escuela que provocó enojo y preocupación en la mamá. La escuela le llamó para avisarle que Fernando tenía un reporte de mala conducta porque había derramado *thiner* sobre un mueble del baño y por lo tanto tenía que cubrir los gastos. La señora estaba muy molesta porque no comprendía cómo una escuela podía tener ese tipo de material al alcance de los niños, sobre todo, porque pudo haber ocasionado un accidente no en un mueble sino en su hijo.

La terapeuta recibió una llamada de la mamá, se escuchaba molesta y le contó lo sucedido en el colegio. Preguntó si la psicóloga creía capaz al niño de hacer una travesura de esa magnitud; de inmediato le respondí que no, que era más probable que hubiera abierto la botella por curiosidad y que seguramente al percibir el olor se le cayó y entonces había derramado el líquido; sin embargo, no consideraba al niño capaz de hacer una travesura así. La mamá más tranquila me respondió que iba a hablar con la escuela para aclarar las cosas y no regañaría al niño pues también lo consideraba como un accidente. En la sesión del sábado se habló del incidente, Fernando relató el suceso y comentó estaba muy contento porque su mamá lo había defendido en la escuela.

Posteriormente, encontró unos utensilios de cocina y sugirió jugaran a la cocina; él sería el cocinero y la terapeuta, el comensal. En una madera (estufa) colocó los trastes, los cuales llenó de gel y arena, vertía la mezcla de un recipiente a otro y el hecho de que se derramará lo hacía reír. Metía las manos en la mezcla y jugaba a que iba a servir la comida con la mano y de nuevo reía; la mezcla llegó hasta el piso y el gritaba y reía como nunca lo había visto. El juego le daba la oportunidad de ser libre, no importaba cuánto tirara o ensuciara, mientras tanto la psicóloga lo acompañaba en sus risas; ambos terminaron en el piso, llenos de gel pero también contentos porque no hubo alguien que lo regañara

Figura C9-5. Un viaje a otro planeta.

por su juego, al contrario estaba tan contento y le agradeció la oportunidad de hacer una travesura sin restricciones de por medio. Al final, salieron del consultorio por algunas cosas para limpiar y en el camino se encontró a su papá, sonriendo le dijo que estaba cocinando, al regresar limpiamos todo y se fue muy contento.

Esta sesión de juego libre fue una especie de liberación de las restricciones, problemas y reglas de los adultos, dejó de ser el cuidador de su familia y se permitió ser niño, reír y jugar sin importar lo que a su alrededor pasara.

- **Historia de mi vida**

Esta técnica fue una adecuación del libro *¿Qué pasará conmigo si mis padres se divorcian*? (Verduzco & Moreno, 2006)

Después de la sesión del **cocinero** había un Fernando diferente, tal vez el comportamiento en la escuela seguía siendo irregular, pero a pesar de ello era un niño feliz que compartía las tardes con su papá, que tenía el amor y la seguridad de una mamá que lo podía defender en cualquier momento, sobre todo en la escuela; y lo más importante, la seguridad que le daba el pertenecer a una familia.

En una charla por teléfono con su mamá se acordó que ya era tiempo de comenzar a cerrar el proceso por todos los cambios que se habían dado, además porque cuando un niño se queda mucho tiempo en terapia pueden generarse sentimientos de incapacidad para resolver problemas y dependencia.

Ese sábado la terapeuta comenzó a platicar con Fernando acerca de los cambios que había observado a partir de que asistía a terapia, mencionó que él ahora se portaba mejor pero que sobre todo sus papás también habían cambiado. A su mamá la notaba más feliz y su papá se ponía muy contento cuando tenía buenas notas en conducta. Aprovechando la capacidad creativa del niño se le propuso hacer la historia de su vida en forma de historieta.

En la historia, el primer dibujo ilustra cuando sus papás se casan, luego cuando decidieron tenerlo, después cuando comenzaron a discutir, posteriormente muestra la decisión de separarse y finalmente se encuentran felices los tres porque el niño sabía que ambos lo querían y se preocupaban por él (ver figura C9-6).

El dibujo representa no sólo el proceso de divorcio de sus padres sino su propia historia. Una historia que tal vez no terminó como él se imaginaba, pero sí finalizó como él deseaba; estar feliz a lado de sus papás.

- **Mi proceso de terapia**

A Fernando le gustó mucho hacer una historieta y tanto él como la psicóloga sabían que ya era tiempo de separarse, por lo que decidió ilustrar su proceso de terapia. Al terminar la sesión se la enseñó a su mamá, quien estaba contenta con el trabajo de su hijo (ver figura C9-7).

Descripción: al inicio el niño estaba acostado en el piso del salón de clase y su *miss* lo estaba regañando. Después hace la descripción de los problemas más importantes, su cambio, el aprendizaje, el cambio en su familia y se va feliz.

La capacidad de Fernando para poner en imágenes todo un proceso de varios meses y ver que al final se iba feliz le provocó a la terapeuta una gran satisfacción personal, pero sobre todo una gran felicidad por el niño.

- **Una invitación especial**

En la última sesión se invitó a participar a sus papás, ambos acudieron y demostraron el gran amor y apoyo que tienen para su hijo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura C9-6. Historia de mi vida.

Los tres integrantes de la familia entraron al consultorio, Fernando se notaba nervioso, sin embargo los invitó a jugar a la **matatena**, organizó dos equipos (hombres contra mujeres) pero al ver que su mamá era muy buena jugando dejó de ser una competencia pues se dedicó a admirarla y cuando era el turno del niño, ambos lo motivaban cada vez que fallaba. Al inicio del juego, Fernando estaba sentado frente a ellos pero poco a poco se fue acercando y terminó jugando entre los dos. Era fácil percibir lo bien que se sentía entre sus papás pues se estaba protegido.

Después del juego la terapeuta habló con los tres de los cambios que habían tenido como familia y lo agradecida que estaba por su apoyo, que ojalá muchos papás se comprometieran con sus hijos de la manera en que ellos lo habían hecho. El niño se veía orgulloso de tener unos padres así.

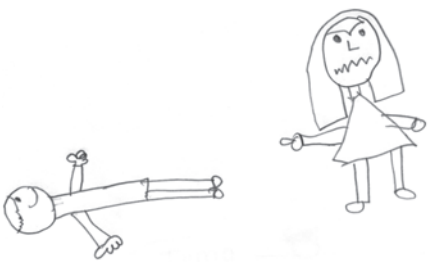
Comentaron que Fernando seguía teniendo miedo a que algo les pasara (un miedo real) y por ello tenía algo que decirles, con mucho nerviosismo el niño los invitó a jugar más seguido y les dijo esperaba que pudiera tener una fiesta donde reunir a toda su familia. Ellos accedieron a pasear juntos, pues entendieron que salir con el niño le daba la seguridad y pertenencia que tanto necesita.

Comentarios y observaciones

"No hay buenos terapeutas sino buenos pacientes, como terapeuta brindas una multiplicidad de herramientas en las cuales el paciente pueda ensayar y escoger, pero son ellos los que hacen posible que su proceso siga adelante" (Cornejo, 2000).

Mi proceso de terapia

Cuando llegué tenía ciertos problemas



Las más importantes eran:

Me llevaban a la direccion.
Mis papás se divorciaron.
Me portaba mal.
No obedecia a mis papás ni maestros.

Poco a poco los fui resolviendo

Aprendí a:

Portarme bien.
Obedeser
Que mis papás no se diborcioron de mi.
Ganar las batallas
tocar musica.

Ahora estoy por finalizar mi proceso

Y me llevo:

buena conducta
aprendicaje
sonrisas
Amistad.

Así me voy

Firma:

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Figura C9-7. El proceso de la terapia.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Buena parte de la estructura de vida de Fernando no cambió, su mamá no dejó de trabajar, tampoco lo cambiaron de escuela, su *miss* no dejó de ser visceral al momento de calificarlo, sus papás no se reconciliaron y tampoco se convirtió en el niño más rápido del salón; sin embargo, sólo se necesitó la participación, acercamiento y compromiso por parte de sus padres para ver cambios significativos en su comportamiento. Adicionalmente, comprendieron la necesidad del niño de sentirse protegido y contenido para ser feliz.

La capacidad cognitiva de Fernando y su disposición para trabajar le permitieron entender y aceptar el divorcio de sus padres así como su estructura familiar. Por lo tanto, el objetivo y las metas que se establecieron al inicio del tratamiento fueron cubiertos.

SEGUIMIENTO

Una vez que se terminó el proceso de terapia, se acordó dar continuidad vía telefónica y, de ser necesario, se planearía una sesión de seguimiento. Sin embargo, ésta no ha sido necesaria pues los cambios en la familia y en el niño continúan.

Comentario

Por ética y confidencialidad el nombre del niño así como el de sus padres fue modificado, se escogió llamarlo Fernando por su significado: **El guerrero audaz**, porque eso es lo que ha sido hasta el día de hoy, un verdadero sobreviviente en esta sociedad donde la dinámica de la familia ha cambiado.

REFERENCIAS

Barbero, M. & Bilbao, M. (2008). *El Síndrome de Salomón, el niño partido en dos*. España: Desclée De Brouwer

Baum, H. (2004). *Sentado me aburro. Cómo Tratar la hiperactividad y la falta de atención*. España: Oniro

Beyer, R.& Winchester, K. (2003). *Cómo Explicar el Divorcio a los Niños*. España: Oniro

Cornejo, L. (1996). *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. España: Desclée de Brouwer

Cornejo, L. (2000). *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. España: Desclée de Brouwer.

Cornejo, L. (2007). *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes*. España: Desclée de Brouwer

Esquivel, F.; Heredia, C. & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El Manual Moderno

Fernández-Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *La Integración en Psicoterapia, Manual Práctico*. España: Paidos.

Freeman, J.; Epston, D.& Lobovits, D. (2001). *Terapia Narrativa para Niños. Aproximación a los Conflictos Familiares a través del Juego*. España: Paidos

González, M.; López M. (2008). *Disciplinar con inteligencia emocional. Técnicas para enseñar hábitos y valores en los niños*. Colombia: Ediciones Gamma

Hughes; F. (2006). *El Juego. Su importancia en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente*. México: Trillas

Keogh, B. (2006). *Temperamento y rendimiento escolar*. España: Narcea

Oaklander, V. (2004). *Ventanas a nuestros niños. Terapia Gestáltica para niños y adolescentes*. Chile: Cuatro Vientos

O´connor, K.&Schaefer, Ch. (1997). *Manual de Terapia de Juego. Avances e Innovaciones Volumen 2*.México: El Manual Moderno

Opazo; R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación clínica*. Chile: Ediciones ICPSI Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Schaefer, Ch. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: El Manual Moderno

Solloa; L. (2001). *Los Trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.

Verduzco, M.; Moreno, A. (2006). *¿Qué pasará conmigo si mis padres se divorcian? Guía práctica para padres e hijos*. México: Trillas.

GLOSARIO

Abuso sexual infantil. Todo contacto o interacción entre un menor y un adulto, en la que el niño es utilizado para la obtención de estimulación por parte del adulto o de otras personas. Se incluyen los tocamientos intencionados de zonas de naturaleza sexual con o sin agresión, además de la utilización de menores en la pornografía, prostitución, exhibicionismo, masturbación en presencia del menor, así como solicitudes indecentes.

Afecto. Cualquier sentimiento o emoción, el cual puede ser reflexivo o irreflexivo. El afecto irreflexivo, es la experiencia directa en la consciencia de un particular estado emocional. El afecto reflexivo ocurre cuando una persona hace de sus sentimientos objetos de control.

Agentivizante. Referido al recurso de la acción mental de Agentividad. En la Teoría del Desarrollo se utiliza para denominar la fase en donde el niño es capaz de percibirse como el agente de sus propias acciones.

Agresiva conducta. Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar física y/o psicológicamente a alguien.

Alegría. Sentimiento de extremo regocijo, placer, o júbilo del espíritu, resultante de un sentido de bienestar o satisfacción.

AMATE. Nemotecnia que permite recordar las emociones básicas, como amor, miedo, alegría, tristeza y enojo.

Amor. Una emoción compleja que involucra fuertes sentimientos o afectos y ternura hacia una persona, sensaciones de placer en su presencia, devoción por su bienestar, y sensibilidad a las reacciones de uno mismo.

Ambivalencia. La existencia simultánea de sentimientos contradictorios y actitudes, tales como amor y odio, hostilidad y amistad hacia la misma persona, objeto, evento, o situación.

Ansiedad. Emoción caracterizada por la aprehensión y síntomas de tensión, en los cuales un individuo se anticipa a un peligro inminente, catástrofe o desgracia. El cuerpo a menudo se moviliza para afrontar la amenaza percibida: los músculos se vuelven tensos, la respiración es más rápida, y el corazón late con más fuerza.

Aprendizaje. El proceso de adquirir información nueva y relativmentemente duradera, patrones de comportamiento o habilidades. Se caracteriza por la modificación del comportamiento como un resultado de la práctica, estudio, o experiencia.

Arousal. Estado de exitación o gasto de energía vinculado a una emoción, usualmente está relacionado a la evaluación de una persona acerca de la significancia de un evento o de la intensidad física de un estímulo.

Autoestima. Grado en el cual las cualidades y características contenidas en el propio autoconcepto son percibidas de manera positiva. Esto refleja la autoimagen física de una persona, cuenta de que sus logros y capacidades, valores y éxito percibido en la vida depende de ellos, así como también la forma en la cual los otros ven y responden a esa persona.

Autorrealización. Tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia uno mismo.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Autorregulación emocional. La regulación emocional consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos utilizados para monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características temporales y de intensidad para conseguir los propios objetivos (Thompson y Meyer (2007). La autorregulación emocional es vista como un desarrollo de múltiples influencias, incluyendo el temperamento individual, relaciones significativas y el crecimiento en la comprensión del niño sobre la emoción y los procesos de manejo de la emoción.

Baja tolerancia a la frustración. Tolerar la frustración significa poder enfrentar los problemas y limitaciones que se tienen a lo largo de la vida, a pesar de las molestias o incomodidades que éstas causan. La baja tolerancia a la frustración está relacionada con dos elementos: 1) Una percepción equivocada y exagerada de la situación que se está viviendo. 2) La creencia de que es insoportable vivir con ese malestar.

Biblioterapia. Forma de terapia que utiliza material de lectura estructurado. Es a menudo usada como un complemento a la psicoterapia para fines como reforzar conceptos específicos dentro de la sesión, estrategias o mejorar cambios en el estilo de vida.

CIE. Abreviación de Clasificación Internacional de Enfermedades.

Clorhidrato de imipramina. Antidepresivo tricíclico prescrito en diversas formas de depresión, incluyendo las formas endógena, orgánica y psicógena, y para depresiones asociadas con trastornos de la personalidad o alcoholismo crónico; ataques de pánico, estados dolorosos crónicos, terrores nocturnos, enuresis nocturna (a partir de los cinco años de edad tras excluir la posibilidad de causas orgánicas).

Cognitivo. Todas las formas de conocimiento y sensibilización, tales como percibir, concebir, recordar, razonar, juzgar, imaginar, y la resolución de problemas.

Cognitivo-conductual. Enfoque de la psicoterapia infantil que se fundamenta en las Teorías Conductual y Cognitiva sobre el desarrollo emocional y la psicopatología, la cual utiliza intervenciones derivadas de estas corrientes teóricas.

Concentración. El acto de reunir o enfocar, por ejemplo, reunir los procesos que llevan a un problema central o tema. Permite reflexionar sobre una sola cosa y mantener la atención en ella.

Consciencia. Un sentido individual de lo que es correcto e incorrecto o de la transgresion en contra de los valores morales; conocimiento que el ser humano posee sobre sí mismo, sobre su existencia y su relación con el mundo.

Contratransferencia. Reacciones inconscientes del terapeuta hacia el paciente y a la transferencia del mismo. Estos pensamientos y sentimientos están basados en las necesidades y conflictos psicológicos propios del terapeuta y pueden ser revelados o no expresados a través de respuestas conscientes al comportamiento del paciente.

Control de impulsos. Cuando la persona logra resistir los impulsos, instintos o tentaciones de cometer actos que son dañinos a sí misma o a los demás.

Culpa sentimiento de. Experiencia dolorosa derivada de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas éticas, personales o sociales.

Coping. El uso de estrategias cognitivas y conductuales para manejar las demandas de una situación cuando éstas se aprecian como impuestas o superiores a los recursos de la persona o de reducir las emociones negativas y los conflictos causados por el estrés.

Desafiante. Desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad, lo cual va más allá de la conducta infantil normal.

Desensibilización sistemática. Una forma de terapia conductual en la que se utiliza el contracondicionamiento para reducir la ansiedad asociada a un estímulo particular.

Dialogicidad. Se refiere a la construcción del diálogo y a los aspectos semióticos (simbólicos) de su construcción.

DSM. Siglas en inglés del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Eclecticismo técnico. Modalidad de la Psicoterapia Integrativa en la que los terapeutas no se afilian a modelos teóricos particulares, sino que están dispuestos a reconocer que una técnica particular es más efectiva para cierto tipo de problemática.

Ello. Para la Teoría Psicoanalítica es el componente de la personalidad que contiene el instinto, impulsos biológicos que suministran la psique con su energía básica o libido.

Emoción. Un patrón de reacción complejo que involucra elementos de la experiencia, conducutales, y psicológicos, por los cuales el individuo intenta hacer frente a un asunto personal o evento significativo. La calidad específica de la emoción es determinada por la significancia específica del evento.

Empatía. La comprensión del marco de referencia de una persona en lugar de sí misma, de modo que ésta vicariamente experimenta los sentimientos, las percepciones y pensamientos del otro.

Enojo. Emoción caracterizada por tensión y hostilidad derivados de la frustración, real o imaginaria lesión por otro, o percibir injusticia.

EPT. Abreviación del Trastorno por Estrés Postraumático, caracterizado por una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, irritabilidad, dificultades para concentrarse, hipervigilancia, entre otros, en personas que han vivido un suceso traumático, como un abuso sexual.

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños WISC-IV. Prueba psicométrica que mide la inteligencia en la etapa escolar. Está compuesta por subpruebas y puntuaciones que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognitivos específicos, así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general del niño(a).

Esquema de evaluación clínico-experimental. Hace referencia a que toda situación clínica es al mismo tiempo una situación experimental.

Estadios sexuales oral, anal, fálico, latencia y genital. Cada etapa da lugar a sus propias actividades de carácter erótico y las expresiones tempranas pueden dar lugar más tarde a actividades perjudiciales como el sadismo, masoquismo, voyerismo y exhibicionismo. Sin embargo, las diferentes etapas dejan sus marcas en la personalidad y el carácter del individuo, especialmente si el desarrollo sexual es detenido en una fijación en una particular etapa.

Estilo de crianza. Acción y efecto de criar a los niños que incluyen tanto las conductas en las cuales los padres representan sus prácticas parentales, así como las conductas no verbales como son gestos, cambios en el tono de la voz, o las expresiones emocionales espontáneas. Los estilos de crianza que los padres y madres utilizan con los hijos se han clasificado en tres tipos: **Estilo autoritario***:* los padres que utilizan este estilo valoran sobre todo la obediencia y el control. **Estilo permisivo***:* son padres que valoran la autorregulación y la autoexpresión; hacen pocas exigencias a sus hijos, dejando que sean los mismos niños quienes controlen sus propias actividades tanto como sea posible y **Estilo democrático o autolonlativo***:* estos padres respetan la individualidad del niño, aunque hacen énfasis en los valores sociales; dirigen las actividades de sus hijos de un modo racional, respetan los intereses, las opiniones y la personalidad de sus hijos, aunque también los guían.

Evaluación psicológica. Proceso de acumular información mediante entrevistas, pruebas psicométricas, pruebas proyectivas y técnicas de juego con la finalidad de formar un juicio acerca de las características conductuales, emocionales y sociales de las personas.

Eventos extraordinarios. Fragmentos de la realidad ignorada por los miembros de la familia o la persona; cuando se descubren, pueden ser importantes para la resolución de los conflictos o pueden ser evidencia de que no todo está afectado por la problemática vivida y pueden permitir la percepción de esperanza en el futuro.

Externalización del problema. Conjunto de técnicas y tácticas narrativas dirigidas a convertir el problema en una entidad separada al niño, por lo tanto, externa al menor.

Familiograma. Esquema que muestra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones.

Farmacológico tratamiento. Administración de fármacos psicoestimulantes o no-estimulantes para tratar un trastorno.

Filial. Enfoque terapéutico que enfatiza la relación padre-hijo como medio para resolver dificultades del niño y/o de su familia; por ejemplo hace que los padres sean quienes principalmente apliquen la Terapia de Juego a sus hijos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Frustración. La contrariedad de impulsos o acciones que impide a las personas obtener algo que han llegado a esperar basadas en experiencias pasadas; como ejemplo, cuando un animal hambriento se le impide la obtención de alimentos que se pueden ver, oler o cuando un niño se le impide jugar con un juguete visible. El estado emocional de un individuo que experimenta cuando ocurre un impedimento.

Funcionalización cognitiva. Es la apropiación de las estrategias que le permiten al autista entender y manipular las interacciones con su entorno individual y social. De hecho el término funcionalización es usado siempre que se hace referencia a la generación de las condiciones cognitivas necesarias para la **asimilación** de las personas con autismo (la construcción de la representación y el reconocimiento de sí mismo) y su **adaptación** al medio social en el que se encuentra.

Gestalt. Enfoque de la psicoterapia infantil basada en la corriente humanista, orientado a los procesos internos donde se interesa por el funcionamiento saludable e integral del organismo en su totalidad: los sentidos, el cuerpo, las emociones y el intelecto.

Habilidad de encuadre. Habilidad que desarrollan los padres mediante la Terapia de Juego Filial, la cual implica estructurar las sesiones de tal manera que le puedan explicar a los niños el objetivo, la organización y las reglas de las sesiones de juego y con ello crear un ambiente lúdico donde haya libertad, apertura, seguridad y privacidad.

Habilidad de escucha empática. Habilidad que desarrollan los padres mediante la Terapia de Juego Filial que consiste en poner toda la atención en el juego para entender y aceptar los sentimientos y necesidades del niño. Esta habilidad permite a los padres comprender el mundo del niño desde su punto de vista, poniéndose en sus zapatos.

Habilidad de juego imaginario. Es **o**tra de las habilidades que se desarrollan con la Terapia de Juego Filial, la cual requiere que los padres representen una escena imaginaria o un papel que les sea asignado por el niño. Para lograrlo, éstos tienen que aceptar y representar los diferentes papeles que el niño les sugiera, excepto si es vejatorio o insultante.

Habilidad para poner límites. Habilidad que se desarrolla mediante la Terapia de Juego Filial. Consiste en que los padres establezcan restricciones reales y racionales para que los niños aprendan a ser responsables de las consecuencias de sus decisiones, incluyendo romper un límite después de habérseles mencionado la consecuencia.

Hiperactividad. Actividad motora exagerada, la cual pareciera conducir a un fin sin que éste se alcance.

Hipoxia. Es un trastorno en el cual el cuerpo por completo (hipoxia generalizada), o una región del cuerpo (hipoxia de tejido), se ve privado del suministro adecuado de oxígeno.

Historias alternativas. Es el proceso de narrar y re-narrar las experiencias de una persona, enfatizando lo que sí funciona adecuadamente o historias de éxito y logro. Se fundamentan en el argumento de que cuando una persona narra y re-narra un subargumento de su vida a otra persona (terapeuta, familiares, otros niños) y escucha sus respuestas, el subargumento es confirmado y adquiere influencia sobre la vida y la identidad de la persona.

Holón. Subsistema familiar.

Impulsividad. Comportamiento caracterizado por pequeña o no premeditación, reflexión, o consideración de las consecuencias; dificultad para lograr el autocontrol que les permita respetar el espacio y las actividades de quienes lo rodean.

Inatención. Es la incapacidad (acorde con su edad) que tiene un individuo para concentrarse por periodos suficientes que le permitan terminar una actividad que requiere de cierto esfuerzo mental sostenido.

Institucionalización. Proceso por medio del cual un centro de acogida, temporal o permanente, atiende a niños en situación vulnerable con la intención de protegerlos al ser apartados de un núcleo familiar dañino.

Introyección. Proceso en el cual un individuo inconscientemente incorpora aspectos de realidad externa a sí mismo, en el Yo; particularmente actitudes, valores, y cualidades de otra persona o

una parte de la personalidad de otro. La introyección es también el nombre de un mecanismo de defensa en el que las amenazas externas se internalizan, pudiendo neutralizarlas o aliviarlas; de manera similar, la introyección de un objeto o sujeto amado (por ejemplo, una persona de gran importancia) reduce la ansiedad que produce el alejamiento o las tensiones que causa la ambivalencia hacia el objeto.

Juego. Interacción social, actuar lúdica y organizadamente, o transacción con reglas formales. En psicoterapia, una situación en la cual los miembros de un grupo toman parte en alguna actividad diseñada para provocar emociones o estimular interacciones e interrelaciones.

Juego diagnóstico familiar. Técnica que permite observar los patrones de interacción familiar.

Juego libre. Se refiere a la actividad lúdica sin intervención por parte del terapeuta donde el niño manifiesta quejas, angustias y temores.

Libido. En la teoría psicoanalítica, la energía psíquica de el instinto de vida en general, o la energía del instinto sexual en particular. En la psicología analítica, la fuerza general de la vida que provee energía para todo tipo de actividad: biológica, sexual, social, cultural, y creativa. También se le conoce como energía o deseo sexual.

Maltrato infantil. Acción, omisión o trato negligente no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psicológico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

MATEA. Técnica psicoterapéutica para explorar los sentimientos básicos (miedo, alegría, tristeza, enojo y amor) del paciente.

Mediacional. Se referiere a los procesos de mediación mental y objetal.

Método de evaluación de la percepción visual de Frostig. Prueba psicométrica que evalúa la integración visomotora y la percepción visual de los niños.

Miedo. Una intensa emoción activada por la detección de una amenaza inminente, involucrando una reacción inmediata de alarma que mobiliza el organismo por el disparo de un conjunto de cambios psicológicos.

Modelamiento. Una técnica utilizada en la Terapia cognitivo-conductual en la cual el aprendizaje ocurre a través de la observación y la imitación, sin comentarios o reforzamiento por parte del terapueta.

Moldeamiento. La producción de una nueva forma de conducta operante por el reforzamiento de aproximaciones sucesivas a la conducta.

Pares. Grupo de iguales.

Prueba de apercepción temática para niños (CAT-A) Prueba Proyectiva en la que el niño(a) hace historias basadas en unas láminas, estas historias arrojan datos sobre la manera en que el niño estructura su mundo interno, base de su futura personalidad, así como el papel que juegan las principales figuras de identificación en su desarrollo.

Prueba dibujo de la familia. Prueba proyectiva en la que se le solicita al niño(a) que dibuje una familia; mediante el dibujo se puede conocer la relación del niño con su familia, sus dificultades de adaptación al medio familiar, la rivalidad fraterna y los aspectos emocionales en torno a la misma.

Prueba dibujo de la figura humana (DFH). Prueba proyectiva en la que se le solicita al niño(a) que dibuje una figura humana; tiene como objetivo conocer cuál es la imagen que el niño tiene de sí mismo y de las figuras importantes para él, como sus padres.

Prueba frases incompletas. Prueba proyectiva considerada como una variación del método de asociación libre. A partir de las frases, se espera que el niño(a) refleje sus propios deseos, apetencias, temores y actitudes respecto a las oraciones que componen la prueba.

Psicodinámico. Enfoque de la psicoterapia basado en el Psicoanálisis que pretende ir más allá del dolor o la dificultad inmediata; su objetivo es aclarar el camino para que se reanude un desarrollo saludable desde donde se ha detenido o desviado por traumas externos o conflictos internos.

Psicopedagógico tratamiento. Rama de la psicología que se ocupa de los fenómenos de orden psicológico para llegar a una formulación más adecuada de los métodos didácticos y pedagógicos.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Psicoterapia integrativa o normativa. Enfoque de la psicoterapia que interrelaciona constructos procedentes de muchas escuelas teóricas, abarca el desarrollo afectivo, cognitivo y fisiológico del menor, la evaluación psicológica integral así como el comportamiento. Término que se emplea para describir métodos con los que se busca adecuar la aplicación de las intervenciones psicológicas a los pacientes en lo individual. La aproximación normativa ecléctica a la terapia de juego busca incorporar las teorías y técnicas de diversos psicoterapeutas en un marco general que facilite el desarrollo de estrategias de tratamiento específicas para el paciente.

Role playing. Una técnica utilizada en el entrenamiento de las relaciones humanas y psicoterapia en la cual los participantes actuan varios roles sociales en situaciones dramáticas.

Síndrome Asperger. Trastorno generalizado del desarrollo asociado con diferentes grados de déficit en las habilidades sociales y conversacionales, las dificultades con las transiciones de una tarea a otra o con los cambios en situaciones o entornos, y la preferencia por la monotonía y la previsibilidad de los acontecimientos.

Sintaxis. Es la parte de la gramática que estudia las reglas que gobiernan la combinatoria de constituyentes sintácticos y la formación de unidades superiores a estos, como los sintagmas y oraciones gramaticales. La sintaxis, por tanto, estudia las formas en que se combinan las palabras, así como las relaciones sintagmáticas y paradigmáticas existentes entre ellas.

Sintomatología. Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad.

Superyo. Para la teoría psicoanalítica es el componente moral de la personalidad que representa los estándares de la sociedad y determina el estándar personal del bien y el mal, o consciencia, así como objetivos y aspiraciones.

Tartamudez. Falta de fluidez en el habla relacionada con tres tipos de variables: fisiológicas (respiración y tensión muscular), situacionales y cognitivas (expectativas). Es un trastorno que interfiere con el funcionamiento social; como los afectados se sienten frustrados y ansiosos ante la conversación corriente, su autoestima se debilita.

Técnicas psicocorporales. Este tipo de herramientas consideran la integridad entre lo físico y lo psíquico, lo que permite dentro del trabajo terapéutico un acceso más directo al problema que estamos tratando.

Temperamento. El fundamento básico de la personalidad, usualmente asumido por ser biológicamente determinado y presente tempranamente en la vida, incluye características como nivel de energía, responsividad emocional, comportamiento, humor, tiempo de respuesta, y disponibilidad para explorar.

Terapia de Juego Filial. Método terapéutico propuesto en 1964 por Bernard y Louise Guerney que consiste en capacitar a los padres para que jueguen en forma terapéutica con sus hijos y así fortalecer la relación padre-hijo y solucionar diversos problemas de los niños.

Terapia de Juego Centrada en el Niño. Enfoque terapéutico en que la persona del niño es el fundamento y la meta del modelo.

Terapia de juego Cognitivo-Conductual (TJCC). Este enfoque se basa en los principios cognitivo–conductuales, los integra, y es sensible a los aspectos del desarrollo dentro de un modelo de terapia de juego cuyo principal fin es modificar patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas conductuales del paciente. La TJCC enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta.

Terapia Narrativa. Enfoque psicoterapéutico, que se fundamenta en ideas posmodernas, que se centra en la persona como experto de su vida, basado en la reescritura de las historias vitales que se tornan limitantes o incoherentes para el paciente y requieren una corrección o elaboración significativas. Esto se realiza a través del proceso de narrar y **re-narrar** las vivencias, ya que el relatar lo vivido determina el significado que se atribuirá a la experiencia. Desde este enfoque se ven a los problemas como algo separado de la persona y supone que la gente tiene muchas habilidades, creencias, valores y compromisos que les pueden ayudar a cambiar su relación con los demás.

Transferencia. En psicoanálisis, el desplazamiento o proyección en el analista de sentimientos inconscientes y deseos originalmente dirigidos a importantes individuos tales como padres, en la infancia del paciente.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA/H/I). Patrón persistente de desatención , distracción moderada a severa y/o hiperactividad-impulsividad, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. más frecuente y grave que lo observado habitualmente en sujetos de nivel de desarrollo similar.

Trastorno Negativista-Desafiante. Es un trastorno de la infancia donde existe un patrón recurrente de comportamiento oposicionista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad y que persiste por lo menos durante seis meses.

Tratamiento. Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

Tricobezoar. Es una bola de material extraño (usualmente pelo o fibra) ingerido por el individuo, que se acumula en el estómago y que no logra pasar a través del intestino.

Tricofagia. Ingestión de cabello.

Tricotilomanía. Trastorno de conducta caracterizado por el arranque repetitivo de pelo que causa notable alopecia. Generalmente se jalan pelos del cuero cabelludo, cejas, o pestañas y en algunos casos puede ser el vello axilar o pubiano. El DSM-IV la clasifica como un trastorno del control de los impulsos, que requiere la presencia **de un sentido creciente de tensión inmediatamente antes de sacar el pelo seguido del placer, la satisfacción, o el alivio al momento de sacarlo.**

Tristeza. Un estado emocional de infelicidad, que varía en intensidad de media a extrema y usualmente activada por la pérdida de algo que es altamente valuado, por ejemplo, por la ruptura o pérdida de una relación.

Valoración por tareas neuropsicológicamente orientadas. Procedimiento por medio del cual el diseño de actividades para la valoración del desarrollo, se estructura a partir de indicadores de desarrollo y no a partir de criterios de pérdida o déficit.

Violación. Contacto sexual no consentido o forzado que incluye penetración vaginal o anal, sexo oral, o penetración con objetos.

Visoconstructivas. Tareas que requieren la participación de múltiples actividades cerebrales así como la integridad de varias capacidades entre las que destacan, como mínimo, la percepción adecuada del estímulo (lo cual implica el buen funcionamiento del analizador visual y auditivo, así como la capacidad adecuada de comprensión del lenguaje y generación de imágenes mentales), la planificación de la tarea solicitada y el dominio de las coordenadas y de las relaciones espaciales. Es imprescindible la adecuación del sistema motor, especialmente de la mano, y en la fase de ejecución debe además mantenerse un adecuado control y verificación de todos los actos elementales que constituyen la tarea final.

Yo. Para la Teoría Psicoanalítica es el componente de la personalidad que trata con el mundo externo y sus demandas. Más específicamente, el Yo, hace que la persona pueda percibir, razonar, resolver problemas, probar la realidad, y ajustar los impulsos instintivos del ello a los mandatos del Superyo.

ZDP (Zona de Desarrollo Próximo). Noción del desarrollo que introduce Vigotsky, la cual hace referencia a lo que el niño puede hacer con ayuda del adulto.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de esta primera
edición el 18 de junio de 2010
en los talleres de
Edamsa Impresores, S.A. de C.V.
Av. Hidalgo No. 111,
Col. Fraccionamiento San Nicolás Tolentino,
09850
México, D.F.

1a. edición, 2010